

CENTRE D'ÉTUDES DU RELIGIEUX CONTEMPORAIN  
Université de Sherbrooke

**L'ÉTHIQUE DU *CARE* :  
LES ENJEUX DE LA RELATION DE SOIN ASYMÉTRIQUE**

**Par Marjolaine Laroche**

Mémoire présenté

au Centre d'études du religieux contemporain de l'Université de Sherbrooke  
dans le cadre du programme de maîtrise en études du religieux contemporain  
pour l'obtention du grade de Maître ès arts, M.A.

Décembre 2018

© LAROCHE, Marjolaine, 2018



## RÉSUMÉ

L'éthique du *care* s'intéresse principalement à la réalité concrète de la vie de tous les jours, celle consistant à prendre soin de soi, d'autrui et du monde. Cette théorie du *care* nous renseigne sur les rapports de domination et d'exploitation attribuables, entre autres, à la hiérarchie et au système technique dans les milieux de soins. L'éthique du *care* propose une dynamique relationnelle en quatre phases telles que : *Se soucier de*; *Prendre en charge*; *Prendre soin*; *Recevoir le soin*, qui se manifestent par des attitudes empreintes d'éthique. Elle représente une voie de passage vers une relation plus juste dans une culture de la relation interpersonnelle. La structure démocratique d'une relation de *care* se concrétise par des rapports singuliers dans une relation de soin asymétrique. L'éthique du *care* cherche ainsi à changer les rapports de domination en vue d'un monde humain.

Mots-clés : éthique du *care* – relation de soin asymétrique – vulnérabilité – interdépendance.

The ethics of care focuses mainly on the concrete reality of everyday life which consists of taking care of oneself, others and the world. This approach to care provides information on the relationships of domination and exploitation. This can be attributable, among others, to the hierarchy and the process based system present in health care environment. The ethics of care proposes a relational dynamic consisting of four phases which manifest themselves by ethical attitudes. These phases are : *caring about*, *taking care of*, *care giving* and *care receiving*. It represents a pathway that is more just in a culture of interpersonal relationships. The democratic structure of a care relation is concretized by the tailored relationship in an asymmetrical care relation. The ethics of care seeks to change the relationships of domination and exploitation with a vision to achieve a more human world.

Key words : ethics of care – asymmetrical care relationship – vulnerability – interdependence.

## REMERCIEMENTS

Je tiens vivement à remercier le co-directeur de cette recherche le Professeur Patrick Snyder. L'approche d'encadrement qu'il a utilisée avec moi au baccalauréat a fait que j'ai choisi de poursuivre mes études à la maîtrise avec lui. Ses commentaires à la fois nombreux et pertinents étaient indispensables à la réalisation de ce mémoire. Je lui suis grandement reconnaissante pour toutes les opportunités qu'il m'a offertes lors de mon parcours de maîtrise.

Je veux aussi remercier sincèrement la co-directrice de ce mémoire la Professeure Martine Pelletier pour sa confiance, sa disponibilité et l'encadrement scientifique formidable dont elle m'a fait bénéficier pendant mes études universitaires.

Je veux remercier les évaluateur.es la Professeure Lucie Brazeau-Lamontagne et le Professeur André Duhamel pour les judicieux et précieux commentaires.

Je veux adresser un merci tout spécial à une personne qui m'est très chère, Peter Janke pour son soutien indéfectible tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Enfin, merci à toutes celles et tous ceux qui ont cru à mon aventure, parfois même malgré moi.

# TABLES DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
Avant-propos.....	7
Sujet.....	9
Problématique.....	10
Question principale.....	13
Cadre théorique et méthodologie.....	13
Plan du mémoire.....	14
Limites du mémoire.....	16
 <b>CHAPITRE 1. LE CARE DANS LES MILIEUX DE SOINS .....</b>	<b>18</b>
Introduction.....	18
1.1. Brève histoire du soin, du <i>cure</i> et du <i>care</i> .....	18
1.2. Sens du soin, du <i>cure</i> et du <i>care</i> .....	24
1.3. La rencontre de l'autre dans un corps souffrant.....	29
1.4. Le <i>care</i> . État de la recherche.....	32
1.4.1. Carol Gilligan investigatrice du <i>care</i> .....	32
1.4.2. Joan C. Tronto théoricienne du <i>care</i> .....	35
1.4.3. Figures de la théorie du <i>care</i> .....	38
1.5. Le <i>care</i> , ressource d'une justice.....	43
Conclusion.....	44
 <b>CHAPITRE 2 . LA RELATION DE SOIN ASYMÉTRIQUE ET SES COMPOSANTES.....</b>	<b>46</b>
Introduction.....	46
2.1. La relation de soin asymétrique.....	46
2.1.1. La vulnérabilité .....	50
2.1.2. La dépendance .....	54
2.1.3. L'interdépendance.....	58
Conclusion.....	62
 <b>CHAPITRE 3. « LES QUATRE ÉLÉMENTS ÉTHIQUES DU CARE » .....</b>	<b>63</b>
Introduction.....	63
3.1. L'attention.....	63
3.2. La responsabilité.....	68
3.3. La compétence.....	73
3.4. La capacité de réponse.....	79
Conclusion.....	80
 <b>CHAPITRE 4. « LES QUATRE PHASES DU CARE » .....</b>	<b>82</b>
Introduction.....	82
4.1. « <i>Se soucier de</i> (caring about) ».....	84
4.2. « <i>Prendre en charge</i> (taking care of) ».....	87
4.3. « <i>Prendre soin</i> (care giving) ».....	90
4.4. « <i>Recevoir le soin</i> (care) ».....	94

Conclusion.....	97
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>102</b>

# INTRODUCTION

## **Avant-propos**

Depuis trente-huit ans maintenant, j'œuvre dans le milieu de la santé et des services sociaux à titre de technologue en imagerie médicale. J'ai travaillé dans les secteurs privé et public. J'ai pratiqué dans divers services spécialisés, soit en hémodynamie, en angiographie et en tomographie axiale. Ma pratique rejoint l'ensemble des usagers : enfants, adultes, ainé(e)s, tant avec une clientèle vulnérable, comme celle des Centres d'hébergement, qu'avec la population en général allant au CLSC ou en urgence mineure. Actuellement, je poursuis mon travail dans différentes installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS).

Par ailleurs, j'ai siégé à un comité aviseur<sup>1</sup>, dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Ce comité avait pour mission de formuler des avis et des recommandations sur l'appréciation et l'amélioration de la pratique professionnelle en générale et selon les spécialités disponibles. J'ai aussi participé à un comité de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie du Québec (OTIMROEPMQ)<sup>2</sup> afin d'encourager la formation continue chez les collègues de travail en organisant des conférences scientifiques dans la région de l'Estrie.

Également, je me suis engagée dans la vie syndicale auprès de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS). J'ai collaboré à des

---

<sup>1</sup> Conseil multidisciplinaire d'établissement du Centre de santé Memphrémagog, Comité sur la loi 90 au chapitre des actes réservés, des actes partagés et des protocoles médicaux.

<sup>2</sup> Comité des réunions scientifiques pour les technologues en radiologie – région Estrie.

comités<sup>3</sup>, soit à la promotion de la profession, tant auprès de mes collègues de travail qu'auprès du public, et au développement des compétences des technologues en imagerie médicale par l'octroi de bourses de perfectionnement au plan provincial. J'ai participé à divers projets de recherche qui ont été menés par le Département de radiologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)<sup>4</sup>.

Aussi, j'ai été membre d'un comité<sup>5</sup> qui s'intéressait aux droits et aux obligations des personnes hébergées en soins de longue durée et à l'amélioration de la qualité de vie de ces mêmes personnes. Finalement, j'ai participé à un groupe de travail<sup>6</sup> dont le mandat consistait à soumettre des recommandations pour améliorer des pratiques de soins aux besoins de la clientèle vivant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Or, mon expérience professionnelle, les échanges que j'ai eus avec divers intervenant(e)s lors de rencontres au sein de ces différents comités et mes observations personnelles bien empiriques m'ont permis de constater l'existence d'une sorte de nonchalance, voire d'apathie pour ne pas dire de négligence sur le plan des relations professionnelles dans les milieux de soins.

Dans les services de santé et les services sociaux, les relations entre le personnel soignant et les usager(ères) constituent un sujet délicat, qui fait parler et, parfois, réagir fortement. Une multitude de causes semble être à l'origine de cette « nonchalance » observée dans les relations : une pratique professionnelle encadrée par des protocoles rigides, la survalorisation des aspects techniques et technologiques des soins, des conditions de pratiques stressantes, les contraintes de temps, le volume élevé de personnes recevant des

---

<sup>3</sup> Comité provincial de la promotion de la profession, Comité provincial sur la Semaine de la radiologie du Québec, Comité provincial du développement des ressources humaines pour la formation continue des technologues en radiologie du Québec.

<sup>4</sup> J'ai collaboré en tant que technologue spécialisée en tomodensitométrie à un projet de recherche intitulé *Mise au point d'un modèle expérimental de l'ischémie mésentérique aiguë chez le rat : histopathologie chronologique et application à l'imagerie médicale en coupes*, dirigé par le Dr Frédéric Chapuis.

<sup>5</sup> Comité des résidents de Valcourt du Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François.

<sup>6</sup> Groupe de travail-clientèle hébergée présentant des troubles cognitifs ou des comportements perturbateurs du Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François.



soins, l'insuffisance des ressources humaines, l'existence de cibles de performance, les préoccupations de nature personnelle, les horaires et la fatigue, etc. Pour toutes sortes de raisons, des personnes soignantes se referment sur elles-mêmes lors de l'exécution d'actes professionnels. D'autres ne répondent pas ou tardent à répondre à la personne soignée lorsque cette dernière semble démontrer des attentes élevées. Quoi qu'il en soit, le travail en milieux de soins comporte des hauts, des bas, des inconforts, des frustrations, mais tout autant de sentiments allant du bien-être, de la tendresse humaine jusqu'à la haine.

Dans ma pratique, j'ai éprouvé divers sentiments et j'ai vécu différentes formes de relations. Des relations adéquates, d'autres pouvant conduire vers une forme d'injustice et d'aucunes entamées dans la domination se renverser et s'aligner vers une relation juste. Une constante : les relations de soin révèlent la présence d'un rapport dominant-dominé. Bien souvent, la personne qui soigne domine celle en attente de soins. Dans ces relations spécifiques, j'ai observé cette « logique » de domination s'inverser à un moment donné. Un devoir envers la vulnérabilité de l'autre se fait alors ressentir chez la personne soignante que je suis. Pour l'avoir expérimenté, j'ai bien constaté que des relations justes, adaptées à la personne soignée représentent une pratique dérangeante pour des collègues, entre autres, les collègues pressé(e)s ou centré(e)s sur la tâche. La compétence technique d'une personne soignante ne suffit pas, à elle seule, à satisfaire le besoin de soin de la personne soignée. Nous considérons que la dimension relationnelle a un rôle primordial à jouer à ce niveau. De là, notre intérêt pour le concept du *care*, particulièrement celui de Joan C. Tronto, professeure de théorie politique. Ce concept théorique comportant un modèle de pratique pour les personnes impliquées dans des relations de soin asymétriques est une voie de passage vers une relation plus juste.

## **Sujet**

La relation de soin asymétrique, de par ses composantes ontologiques, est sujette à un dérapage. Dans ce mémoire, nous étudions ce type de relation et ses composantes pour mieux comprendre le rapport entre les personnes qui y sont impliquées. Cela nous permet de mettre en lumière les raisons des tensions ou des conflits qui peuvent être engendrées. Pour ce faire, nous explorons une lecture éthique « [d]es valeurs du *care* – prévenance,

responsabilité, attention éducative, compassion, attention aux besoins des autres – traditionnellement associées aux femmes »<sup>7</sup>. Particulièrement, celles de Tronto, où ces valeurs sous-tendent « quatre éléments éthiques du *care* : l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse. »<sup>8</sup> Ces éléments servent d'encadrement au modèle de pratique qu'elle définit et transpose, avec la collaboration de Berenice Fischer, en « *quatre phases du care* [...] : se soucier de, prendre en charge, prendre soin et recevoir le soin. »<sup>9</sup> Ce modèle de pratique guide et oriente une ligne de conduite particulière dans la manière d'être, dans la façon d'agir et même dans la prise de décision. Dans une relation de soin asymétrique, il appelle à établir une relation de soin juste.

### Problématique

Le *care* devient un sujet de débat dans le monde anglo-saxon à partir des années 1980. Plus récemment, autour des années 2000, la communauté académique francophone emboîte le pas et entreprend une réflexion sur le même concept. L'éthique du *care*, qui est développée principalement par des théoriciennes féministes depuis trois décennies, promeut la valeur du prendre-soin-du-monde. Cette théorie sollicite la mobilisation de la ressource qu'est le soin. Elle suscite une relation active entre les personnes concernées malgré les difficultés rencontrées et les revers éprouvés et même en dépit de la défaillance humaine.

Les relations de soin sont fréquemment associées à des relations asymétriques, celles-ci étant caractérisées par la possibilité d'une exploitation de la personne qui bénéficie du soin par celle qui dispense le soin<sup>10</sup>. Différents facteurs causent l'écart entre les parties qui sont engagées dans la relation de soin, tels que des identités différentes, le savoir, le pouvoir d'une personne sur l'autre, la vulnérabilité, la dépendance d'une personne envers l'autre, etc. Ainsi, « [l]e sentiment de puissance ou d'impuissance serait donc le fruit et l'enjeu

---

<sup>7</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable : pour une politique du care*, Coll. « TAP/Philosophie pratique », Traduit de l'anglais par H. Maury, Paris, Éditions La Découverte, 2009 [1993], p. 28. À quelques références bibliographiques, Joan Tronto porte une initiale additionnelle telle que Joan C. Tronto.

<sup>8</sup> Ibid., p. 173.

<sup>9</sup> Ibid., p. 147. Dans ce mémoire, dans la présente citation et toutes les citations subséquentes, les italiques sont de l'autrice ou de l'auteur.

<sup>10</sup> Marie GARRAU. « Care (Éthiques et politiques du) », dans Vincent BOURDEAU et Roberto MERRILL (dirs.) *DicoPo*, mis en ligne le 28 mars 2008, (page consultée le 23 mars 2010), p. 10 de 31. <http://www.dicopo.org/spip.php?article101>.

d'une relation. »<sup>11</sup> Donc, définir les notions de vulnérabilité et de dépendance, deux concepts fondamentaux, conduit à une meilleure compréhension de l'asymétrie qui est souvent observée dans la relation de soin.

Dans la relation asymétrique, la vulnérabilité constitue un facteur prépondérant qui peut menacer l'accès à un soin juste. Une relation avec l'autre réclame de ses actrices et acteurs de ne pas nier leur propre vulnérabilité. Celle-ci peut être liée aux souffrances qui sont en attente de sens. Ces souffrances demandent à être reconnues, apprivoisées et travaillées pour mobiliser les manifestations de sa propre subjectivité au croisement de la vulnérabilité de l'autre, car la vulnérabilité de l'un atteint nécessairement la sensibilité de l'autre.

Des situations douloureuses et dérangeantes peuvent être provoquées par le déni de la vulnérabilité<sup>12</sup>. Ce déni et les projections de ses propres refus représentent des mécanismes de défense de la vulnérabilité qui entravent de façon importante l'ouverture à l'autre dans l'écoute et dans la prise en compte de ses besoins et de ses attentes. Ces mécanismes vont orienter vers une prise de décision unilatérale concernant la situation de l'autre. Ainsi, lors de l'élaboration du plan thérapeutique, la personne détenant la compétence peut faire abstraction des attentes et de la demande réelle de celle qui lui voue une confiance. La personne soignée, qui éprouve une présence envahissante dans la relation de soin, devient « incapable d'investir le mieux-être que le soin tente de lui apporter. »<sup>13</sup> L'éthique du *care* propose une relation de soin qui s'engage dans une dynamique relationnelle qui est authentique et non pas dans une relation qui vise à l'instrumentalisation de l'autre.

---

<sup>11</sup> Nathalie ZACCAÏ-REYNERS. « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin », dans Fabienne BRUGÈRE, Guillaume LE BLANC, Virginie PIRARD, Frédéric WORMS et Nathalie ZACCAÏ-REYNERS, « Les nouvelles figures du soin », *Esprit*, vol. 321, Paris, Éditions Esprit, janvier 2006, p. 104.

<sup>12</sup> Patricia MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 349-351.

<sup>13</sup> Nathalie ZACCAÏ-REYNERS. « Respect, réciprocité [...] », p. 98.

Une relation de soin dans laquelle les valeurs du *care* s'établissent convie chacune, chacun à une atténuation des sensibilités respectives pendant la rencontre. Quand la vulnérabilité de l'autre n'est pas dépréciée, l'asymétrie va s'atténuer et laisser place à l'ébauche d'un espace commun et à la mise en place d'une œuvre commune. L'éthique du *care* qui considère la vulnérabilité de la condition humaine reconnaît tout autant la dépendance qui en résulte.

Cette dépendance est inévitable. L'être humain expérimente sa dépendance envers autrui tout au long de son existence. Toutefois, cette expérience, marquée par des périodes d'autonomie, varie selon les conditions de vulnérabilité présentes. Ces temps d'autonomie sont souvent utilisés pour prendre soin des autres ou encore pour apporter de l'aide. Dans une relation de soin, le *care* va au-delà de l'objet de la dépendance. Parmi les autrices<sup>14</sup> majeures ayant réfléchi et écrit sur le concept du *care*, nous identifions Tronto, qui mentionne que « [l']un des enjeux du *care* est en effet de mettre fin à la dépendance et non pas d'en faire un état permanent. »<sup>15</sup> Le *care* est caractérisé par un niveau élevé d'exigences. Il requiert une volonté de répondre à des besoins concrets et d'exprimer sa sensibilité à l'autre par des actes de non-violence. Dans une relation active, les personnes soignantes doivent se montrer attentives aux inégalités, au pouvoir.

Le *care* est « un indicateur des inégalités de pouvoir. »<sup>16</sup> Il est le révélateur des rapports d'exploitation et de domination dans les milieux de soins. Le *care* cherche à lutter contre toutes les relations de domination et de hiérarchie. L'autrice principale sur laquelle nous appuyons notre recherche, Tronto, affirme que « le *care* implique toujours des relations de pouvoir. »<sup>17</sup> Dans la relation de soin asymétrique, les pratiques à renverser sont la domination et la hiérarchie. Les risques de manipuler, de ne pas reconnaître l'autre en tant que personne unique et différente et de porter atteinte à sa dignité et à sa subjectivité,

---

<sup>14</sup> Selon la Société Internationale pour l'Étude des Femmes dans l'Ancien Régime, le terme autrice était utilisé pour désigner une auteure entre le XVI<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Cette société savante suggère sa réactualisation. Voir SIEFAR Société Internationale pour l'Étude des Femmes dans l'Ancien Régime (page consultée le 18 novembre 2018), <http://siefar.org/>.

<sup>15</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 213.

<sup>16</sup> Ibid., p. 225.

<sup>17</sup> Ibid., p. 17.

représentent quelques-uns des grands dangers que court une telle relation. Les dérives possibles de cette forme de relation sont nombreuses : notamment, le tutoiement, la pression, le manque de respect, l'impolitesse, les préjugés, les jugements de valeur, la manipulation, les railleries, les représailles, l'intimidation, le manque ou l'absence d'écoute, l'ignorance du point de vue de l'autre, la non-réponse aux besoins, les menaces, la hausse du ton de la voix, l'indifférence, l'objectivité, l'intimité bafouée et la maltraitance<sup>18</sup>.

Comme nous le verrons, Tronto revendique la mise en pratique du *care* dans le quotidien des relations humaines, des personnes et des sociétés. Elle invite à ne pas reléguer le soin strictement à un acte médical. Il s'agit essentiellement de défaire la représentation d'un *care* destinée aux personnes dépendantes et d'éviter que l'usage du mot *care* soit réservé au strict domaine médical. Dans tous les domaines, la compétence technique ne suffit pas à la continuité et au développement de la vie. Le *care* incarne un souci de justice envers les besoins de la vie. Il représente également l'activité centrale et omniprésente qui répond aux revendications de justices « *de sorte que nous puissions [...] vivre aussi bien que possible [dans notre monde].* »<sup>19</sup>

### Question principale

Quels supports théoriques et quels apports pratiques, l'éthique du *care* peut-elle apporter aux personnes du milieu de la santé qui sont impliquées dans des relations de soin asymétriques?

### Cadre théorique et méthodologie

La méthodologie que nous avons choisie pour notre mémoire s'inscrit dans le cadre de la recherche qualitative<sup>20</sup> et se fonde principalement sur l'analyse documentaire. À partir de

---

<sup>18</sup> Margot PHANEUF. « Éthique et communication avec les personnes âgées. Choisir la bientraitance », [Présentation PowerPoint], dans *Prendre Soin*, (page consultée le 20 juillet 2013), p. 13-91, <http://www.prendresoin.org/?cat=3&paged=3>.

<sup>19</sup> Berenice FISCHER and Joan C. TRONTO. « Toward a feminist theory of care », in Emily K. ABEL and Margaret K. NELSON (dir.), *Circles of Care : Work and identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, NY, 1991 [sic] p. 40 cité par Joan TRONTO. *Un monde vulnérable [...]*, p. 143.

<sup>20</sup> René L'ÉCUYER. *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Presse de l'Université du Québec, 1990, 472 p.

l'état de la recherche sur le concept de *care*, et, assurément, celle touchant les milieux de soins, nous avons déterminé les principaux concepts à étudier pour répondre à notre question principale.

Les définitions des principaux concepts retenus de la littérature scientifique sont ensuite mises en relation complémentaire pour éclairer le « modèle » pratique de Tronto. Les quatre phases définies par cette autrice, « se soucier de, prendre en charge, prendre soin, recevoir le soin », constituent, en fait, le cadre théorique duquel les outils conceptuels qui le constituent ont servis de repères pour sélectionner les outils dont nous nous servons dans notre mémoire. Ce cadre nous permet de cerner et d'identifier les enjeux de la relation de soin asymétrique. Nous cherchons à saisir et à exposer ce modèle d'une relation de soin juste à la fois comme cadre et méthode pour notre mémoire tout en soutenant qu'il peut être expérimenté par l'ensemble des personnes dans les milieux de soins impliquées dans des relations asymétriques.

### **Plan du mémoire**

L'organisation de notre mémoire, à travers ses quatre chapitres, dégage l'approche méthodologique d'une démarche relationnelle de l'éthique du *care* applicable en milieu de soins. Bien que notre mémoire soit construit comme une sorte d'état de la recherche sur la question par les rapports théoriques mis en lien pour l'analyse du sujet, dans le premier chapitre, nous présentons plus systématiquement un état de la recherche sur l'éthique du *care*.

Dans le chapitre un, *Le care dans les milieux de soins*, nous recensons les différents concepts en lien avec l'éthique du *care* par une élucidation sémantique. Ces concepts, une fois qu'ils auront été extraits de la littérature scientifique retenue, sont rendus opératoires selon la visée de notre mémoire. Les documents sont principalement : *Un monde vulnérable, pour une politique du care* de Tronto et *Le souci des autres. Éthique et politique du care* de Patricia

Paperman et Sandra Laugier<sup>21</sup>. Des ouvrages de référence ont été consultés pour comprendre le sujet, surtout lorsqu'il s'agit des concepts : *Grand dictionnaire étymologique et historique du français* et *Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*,

Dans le chapitre deux, *La relation de soin asymétrique et ses composantes*, nous déterminons les éléments constitutifs de cette relation, à savoir la vulnérabilité, la dépendance et l'interdépendance. Les ouvrages de Tronto, Carol Gilligan et Paperman en font une relecture avec les lunettes de l'éthique du *care*. Marie Garrau et Alice Le Goff, pour leur part, présentent la pensée de différentes autrices du *care*.

Dans le chapitre trois, *Les quatre éléments éthiques du care*, nous nous penchons sur des attitudes spécifiques, « l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse », qui doivent être développées par la personne pratiquant l'éthique du *care*. Pour cette partie, nous avons regroupé des écrits de différentes autrices telles que Tronto, Gilligan, Paperman, Laugier, Pascale Molinier, Martha Nussbaum, Eva Kittay et Garrau. L'analyse des textes de Tronto permet de donner une définition plus précise des attitudes éthiques du *care*. Ces éléments de l'éthique du *care* constituent en soi son cadre théorique et sa méthodologie d'approche du soin asymétrique.

Dans le chapitre quatre, *Les quatre phases du care*, les écrits de Tronto modélisent la structure d'une pratique morale du *care* comportant quatre temps successifs, « se soucier de, prendre en charge, prendre soin, recevoir le soin », caractérisées par une relation active entre la personne qui soigne et la personne qui est soignée. Ce chapitre répond à notre question principale de recherche. En conclusion, nous reprenons les points essentiels de notre mémoire et les perspectives sur lesquelles il pourrait ouvrir autour de certains enjeux contemporains en milieux de soins.

---

<sup>21</sup> Nous indiquons les occupations des autrices du mémoire dans le chapitre premier.

## Limites du mémoire

Nous avons limité notre documentation principale aux écrits de cinq autrices dans le but de circonscrire notre sujet sur la théorie et la pratique de la relation de soin asymétrique dans les milieux de soins. Notre recherche porte sur la relation asymétrique qui sous-tend les notions de vulnérabilité, de dépendance et d'interdépendance, sur le concept de « justice véritable » et sur les attitudes spécifiques qui doivent être développées par toute personne pratiquant l'éthique du *care*, à savoir « l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse ». Nous comptons restreindre notre revue de la littérature scientifique au domaine éthique. Cependant, nous convenons que des lectures supplémentaires dans les champs de la philosophie, de la psychologie et de la spiritualité pourraient éventuellement nous être très utiles.

Par ailleurs, notre recherche ne s'inscrit pas dans une perspective historique. Nous ne visons pas à retracer l'histoire de la morale des genres. Nous tenons compte de la place marginale qui a été accordée aux femmes depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle dans la société. Nous avons choisi de procéder à une lecture éthique de certaines valeurs traditionnellement associées aux femmes. Ces valeurs servant d'encadrement à la pratique morale des « quatre phases du *care* » chez Tronto.

Nous n'entendons pas non plus lancer un débat sur les différentes conceptions de l'éthique (éthique du *care*, éthique du soin, éthique médicale, éthique clinique, éthique de l'accompagnement) que nous avons rencontrées dans les ouvrages traitant de la question du soin parce que tous ces éléments n'ont pas vraiment rapport avec notre objectif de recherche.

Nous n'abordons pas le discours de la philosophe française Fabienne Brugère. Cette autrice a élaboré une conception de la sollicitude qui présente des points de vue contraires à ceux que l'on retrouve dans les modèles de l'éthique du *care* qui ont été conceptualisés par



Gilligan et Tronto. Ainsi, Brugère associe la sollicitude à la fraternité<sup>22</sup> alors que Gilligan situe la fraternité, qui a une connotation masculine, parmi les trois valeurs, nommément « la fraternité, l'égalité, l'universalité »<sup>23</sup>, qui sont suspectes d'une démocratie de la culture patriarcale. De même, pour Brugère, la compassion n'intègre pas l'action de la sollicitude<sup>24</sup>. Le geste de compassion exige une distance avec la personne souffrante<sup>25</sup>. Alors que, dans la théorie de Tronto, la compassion représente l'une des valeurs fondamentales du care. Cependant, Brugère est en accord avec les deux théoriciennes sur le principe que le soin se réalise dans la disposition, l'attention particulière et l'activité.

---

<sup>22</sup> Serge CANNASSE. « ENTRETIENS : Brugère Fabienne », dans Vincent Bourdeau et R. Merrill (dirs.), *Carnets de santé à propos...*, avril 2009, Consulté le 28 octobre 2010, URL : <http://www.carnetsdesante.fr/Brugere-Fabienne>, p. 2 of 3.

<sup>23</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Préface à la nouvelle édition », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 16.

<sup>24</sup> Fabienne BRUGÈRE. « La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes », dans Fabienne BRUGÈRE, Guillaume LE BLANC, Virginie PIRARD, Frédéric WORMS et Nathalie ZACCAÏ-REYNERS, « Les nouvelles figures du soin », *Esprit*, vol. 321, Paris, Éditions Esprit, janvier 2006, p. 138.

<sup>25</sup> Serge CANNASSE. « Entretiens : Brugère Fabienne », dans Vincent Bourdeau et Roberto Merrill (dirs.), *Carnets de santé à propos...*, avril 2009, Consulté le 28 octobre 2010, URL : <http://www.carnetsdesante.fr/Brugere-Fabienne>, p. 1 of 3.

# CHAPITRE 1

## LE *CARE* DANS LES MILIEUX DE SOINS

### Introduction

La prestation des soins et la relation de soin se rapportent à des valeurs et à des modèles de comportements entre la personne qui dispense le soin et la personne qui reçoit ce soin, c'est-à-dire celle qui est le sujet ou l'objet du soin. Les valeurs de la vie humaine, qui sont tantôt sacralisées, tantôt dévalorisées puis réanimées par un courant humaniste au cours de l'histoire, semblent être, en alternance, présentes, absentes, oubliées, peut-être même refusées dans les relations des milieux de soins d'aujourd'hui. La compétence et l'efficacité produisent de bons résultats, mais qu'en est-il sur le plan des relations de soin, plus précisément des relations dans lesquelles il y a une situation de dépendance d'une personne envers une autre? Dans ce chapitre, nous racontons brièvement l'histoire du soin, du *cure* et du *care* et les définissons. Nous présentons la rencontre de l'autre dans un corps souffrant. Nous faisons l'état de la recherche sur le *care* et introduisons le *care* comme ressource d'une justice.

### 1.1. Brève histoire du soin, du *cure* et du *care*

La vie nécessite des soins pour suivre son cours, pour se développer et progresser. Pratiqués au quotidien, les soins représentent une activité fondamentale pour les femmes, les hommes, les enfants et sont prodigués sous diverses formes. Ils constituent tantôt un acte désigné, tantôt une attitude, tantôt la parole ou le geste adéquat à la situation de la personne pour sa survie et son bien-être.

L'histoire montre que les pratiques de soins ont évolué d'une époque à l'autre. L'historienne Marie-Françoise Collière reconnue pour son expertise dans le domaine des soins infirmiers, retrace l'histoire de ces pratiques dans son ouvrage ayant pour titre

*Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, qui constitue la principale référence pour l'aspect historique de notre recherche.

Aux dires de cette autrice, dans un passé lointain, les femmes et les hommes auraient développé respectivement des pratiques de soins afin d'assurer leur survie. Dans leur singularité, ces pratiques, tant celles des femmes que celles des hommes, orientent tout d'abord les soins vers la relation envers des personnes ou encore tout autre élément de la vie. Cependant, la sexualisation des tâches aurait engendrée une nouvelle orientation des soins qui vient s'imposer à la dimension relationnelle, mais sans la faire disparaître.

En fait, Collière distingue deux grandes orientations des soins. La première concerne tous les êtres vivants. Il s'agit tout d'abord « [d']assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce ».<sup>1</sup> Selon cette autrice, tant chez la femme que chez l'homme, assurer la survie des personnes ou la pérennité des objets qui sont nécessaires à la vie prend le sens de « *prendre soin de, avoir soin de, [ce qui s'inscrit en continuité avec] le sens initial et originel du mot soin.* »<sup>2</sup> Ainsi, l'ensemble des gestes posés vise la finalité première du soin qui est celle « *d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe.* »<sup>3</sup> En effet, par le biais de leurs pratiques courantes de soins, les femmes et les hommes tentent en quelque sorte de repousser toujours plus loin la mort. Inévitablement, leurs gestes donnent une seconde orientation au soin.

La deuxième orientation concerne la question du bien et du mal. Elle découle d'intuitions empiriques de l'univers physique et de la peur que cet univers provoque chez les femmes et les hommes. Parmi les pratiques de soins, certains actes se ritualisent. Or, les rites sont délégués au chaman puis au prêtre qui en assure la responsabilité. Étant donné que la question du bien et du mal est à l'origine des religions, le prêtre exerce le « rôle de médiateur entre les forces bénéfiques et maléfiques, c'est-à-dire qu'il est désigné *pour interpréter et décider ce qui est bon ou ce qui est mauvais.* [...] Mais par son pouvoir de

---

<sup>1</sup> Marie-Françoise COLLIÈRE. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1982, p. 24.

<sup>2</sup> Ibid., p. 24.

<sup>3</sup> Ibid., p. 25.

médiation, il devient aussi celui qui *dénonce le mal*, et qui, par là même, acquiert progressivement le droit de désigner et de retrancher du groupe tout suspect d'être porteur de mal ».<sup>4</sup>

Cette activité de médiateur entre le monde visible et le monde invisible s'est prolongée sur une longue période de temps au cours de l'histoire. Toutefois, ce rôle s'est peu à peu transformé et a permis l'entrée en scène d'un nouveau personnage, en l'occurrence, le médecin. Ce dernier interprète les signes et les symptômes qui caractérisent le mal de la personne. Selon Collière, le médecin décode le mal physique.

En fait, le médecin apporte une nouvelle dimension au rôle de médiateur par l'instauration d'un examen diagnostique. Quoique très rudimentaire, cet examen que le médecin accomplit, nommé l'examen clinique, lui vaudra l'appellation de « spécialiste ». Au-delà du rôle de spécialiste « médiateur des signes et symptômes indicateurs d'un mal identifié »<sup>5</sup>, le médecin parvient à dissocier le Bien et le Mal de la relation entretenue avec l'univers, qu'elle soit bonne ou mauvaise. Il s'efforce de distinguer et de délimiter le mal pour le traiter et l'éloigner de la personne malade. Ce n'est que vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, après les découvertes des sciences de la physique et de la chimie et grâce à la collaboration de l'institution qu'est l'hôpital, qui était alors un refuge pour les sans-abri, que des personnes participent à l'essai de matériels médicaux qui seront utilisés par la suite à des fins diagnostiques et thérapeutiques. Ce lieu de regroupement pour les gens moins bien nantis change graduellement de vocation pour devenir un endroit de diagnostic et de traitement de la maladie.

Ainsi, l'examen clinique déterminé par le médecin oriente le choix de l'activité pertinente pour le traitement du mal. Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les nouvelles connaissances scientifiques applicables à la médecine entraînent le développement technologique médical au service des médecins. Selon un historique raconté par le milieu infirmier, les soins des vingt premiers siècles ont eu comme objectif de préserver la vie. Toutefois, ce souci

---

<sup>4</sup> Ibid., p. 26.

<sup>5</sup> Ibid., p. 26.

s'amenuise progressivement lorsque la seconde orientation du soin, celle qui s'intéresse à la question du bien et du mal, qui était initialement prise en charge par le chaman ou le prêtre, est transférée à un nouvel acteur, le médecin. Dès lors, « l'instrument viendra remplacer le rôle de la parole, au point de se substituer à elle : "plus le temps de parler avec les malades" ».<sup>6</sup> Désormais, la maladie qui fait « l'objet d'investigation, de réparation ou d'évacuation »<sup>7</sup> devient le centre des soins, et ce, au détriment de la personne malade et de son entourage. Le malade est alors réduit à sa maladie. Cette « conception des soins véhiculée par le courant médical »<sup>8</sup> transforme la pratique des soins chez le groupe des femmes soignantes, particulièrement celles qui sont consacrées à Dieu.

Jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, la conception des soins chez les femmes soignantes persiste vers l'orientation première des soins qui consiste « [à] *assurer tout ce qui contribue à maintenir et entretenir la vie.* »<sup>9</sup> Au XIX<sup>e</sup> siècle, avec la venue du médecin et le développement de la médecine scientifique, une nouvelle conception des soins qui se centre sur la maladie dessine déjà les traits référentiels d'une nouvelle identité de la femme qui pratique le soin. L'infirmier et philosophe Philippe Svandra documente l'identité de cette pratique soignante<sup>10</sup>. Pour exercer son rôle de spécialiste, le médecin a besoin d'une main-d'œuvre qui l'assiste dans la préparation du matériel et l'exécution des techniques de soins afin de mener à bien son action médicale. Toutefois, dans cette pratique nouvelle, il se produit des réactions et même des conflits. Contrarié par le pouvoir spirituel et féminin des religieuses, le médecin ne tarde pas à s'opposer à la soignante religieuse qui se consacre aux âmes. Il cherche à remplacer ces femmes consacrées par du personnel laïc qui prend soin du corps des malades sous l'autorité religieuse. Par conséquent, des femmes laïques deviennent les assistantes au service du médecin.

Le courant médical met progressivement en retrait les femmes soignantes consacrées. Il les remplace par une nouvelle identité de femmes qui pratiquent les soins, ce qui, comme le

---

<sup>6</sup> Ibid., p. 65.

<sup>7</sup> Ibid., 125.

<sup>8</sup> Ibid., p. 34.

<sup>9</sup> Ibid., p. 34.

<sup>10</sup> Philippe SVANDRA. *Le soignant et la démarche éthique*, Paris, Éditions ESTEM, 2009, p. 64.

mentionne Collière, se concrétise par l'insertion dans l'équipe de soins de la « [femme]-infirmière auxiliaire du médecin »<sup>11</sup>. L'infirmière auxiliaire seconde le médecin en exécutant les consignes et les actes techniques qui lui ont été délégués. Malgré cela, son rôle « reste le même : il est subalterne car il touche aux soins du corps ou plus exactement aux soins sur le corps. »<sup>12</sup> Par conséquent, selon Collière, les compétences qui sont développées peu à peu par les infirmières dans les techniques d'investigation et les méthodes de traitement médical valorisent professionnellement et personnellement ces mêmes infirmières.

Cette conception moderne des soins médicaux incite les infirmières à développer non seulement une compétence technique, mais aussi à se centrer sur la maladie puisque l'acte médical, qui est du ressort du médecin, s'organise autour de soins structurés par des tâches techniques permettant d'investiguer la maladie et de traiter la maladie. Cela étant, dans la pratique du travail infirmier, l'approche du soin qui est orientée vers le maintien de la vie cède petit à petit la place à un type de soins techniques centrés sur la maladie. Ainsi, « la fonction soignante devient une fonction subalterne dépourvue de sa valeur sociale et économique, jusqu'au jour où sous l'impact de la pression médicale elle se transforme en fonction "traitante". À l'insu des soignants, enfermés dans un rôle prescrivant "les conduites à tenir", les soins se changent en traitement, ne gardant que leur dénomination, mais perdant l'essentiel de leur raison d'être. »<sup>13</sup>

Les tâches se rapportant aux soins, qui sont dépourvues de leur signification tant par la technologie médicale que par l'organisation du travail, entravent l'instauration ou l'entretien d'un lien entre la personne soignante et la personne soignée. Selon Collière, au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'exercice du travail infirmier ne se traduit plus par un rôle social défini pour déterminer la prestation professionnelle offerte par le groupe. L'exercice s'édifie sur l'identification de l'acte professionnel. En conséquence, les infirmières recherchent la reconnaissance de leurs savoirs scientifiques interdisciplinaires. Dans le groupe des

---

<sup>11</sup> Marie-Françoise COLLIÈRE. *Promouvoir la vie [...]*, p. 75.

<sup>12</sup> Philippe SVANDRA. *Le soignant et la démarche éthique [...]*, p. 64.

<sup>13</sup> Marie-Françoise COLLIÈRE. *Promouvoir la vie [...]*, p. 359.

infirmières professionnelles, certaines aspirent à redonner une signification au soin, qui est devenu trop technique. « Humaniser les soins pour les infirmières a voulu dire le plus souvent réduire la part du *cure* et du technique, ou en adoucir les applications de façon à laisser de la place aux dimensions expressives des soins [...]. Dans cette veine, humanisation a été associée à humanisme et humanisme à *caring*. »<sup>14</sup>

Modèle de soin d'inspiration humaniste, le *caring*<sup>15</sup>, qui est la référence non adoptée par l'ensemble du groupe des infirmières, suscite un intérêt dans ce groupe en quête de sa propre identité. Les soins ne peuvent être réduits exclusivement à l'acte technique. L'anthropologue Francine Saillant estime que, dans la prestation des soins, la dimension relationnelle demeure un élément incontournable dans la reconnaissance de l'autre en tant que personne à part entière. La personne soignée cherche à engager une relation avec celle qui lui donne des soins. Dès lors, les infirmières valorisent l'aspect relationnel de leur accompagnement dans l'exercice des soins.

Selon Collière, les soins, qui étaient jusqu'alors centrés sur la maladie, changent de cap. En effet, la personne soignée devient la finalité des soins. La dimension relationnelle particularise la pratique des soins. Par conséquent, les infirmières professionnelles prennent en considération la personne soignée et s'intéressent particulièrement à son

---

<sup>14</sup> Francine SAILLANT. « Penser l'humanisme et l'humanisation des soins », dans Nicolas VONARX, Louise BUJOLD et Louise HAMELIN-BRABANT (dirs.). *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants*, Coll. « Infirmières, communauté, sociétés » Tome 1, Québec, Presses de l'Université Laval, 2010, p. 125.

<sup>15</sup> Le *caring* est-il prendre soin? L'infirmier et docteur en santé publique Walter Hesbeen catégorise ces deux approches essentiellement humanistes. Elles présentent des qualités communes quoique des traits distinctifs permettent de ne pas confondre les deux perspectives. La théoricienne en sciences infirmières et conceptrice du *Human caring*, Jean Watson, ramène le *caring* à un système de valeurs humanistes qui incorporent des connaissances scientifiques. Il représente une *attitude soignante* léguée par la culture d'une profession et non pas d'une génération à l'autre. Le *caring* présente en quelque sorte le côté artistique de la personne professionnelle dans sa pratique scientifique. Ainsi, *prendre soin* désigne plutôt une intention, laquelle se traduit par l'attention portée à l'autre. Dans cette optique, le geste de prendre soin s'efforce d'aider. Il contribue au bien-être de la personne dans l'expérience vécue. Au-delà des soins de réparation du corps, la personne attend une attention ajustée à elle-même. Hesbeen précise ce qui les distingue : « [l]e *caring* est présenté comme une *théorie, une science et une philosophie*. Le "prendre soin" est présenté comme une *philosophie, une valeur, une façon d'aller dans l'existence*. [...] Le *caring* s'inscrit dans une approche essentiellement – voire exclusivement – *infirmière* alors que le "prendre soin" est résolument *pluriprofessionnel*. » Voir Walter HESBEEN. « Le caring est-il prendre soin? », *Perspective soignante*, n°4, avril 1999, p. 43.

existence, à ses aspirations et à ses attentes ainsi qu'à son milieu social et culturel. Toutefois, il ne tarde pas que des personnes soignantes éprouvent le désir de réfléchir sur les émotions et les sentiments qui les habitent et sur les dispositions de leur être dans la pratique professionnelle.

L'aventure du soin favorise les actes qui paraissent nécessaires à la vie pour que celle-ci existe et se poursuive. Au fil du temps, le soin qui cherche à conserver la vie fait place aux soins médicaux issus de la modernité. La technologie éclipse peu à peu les liens entre la personne et le monde, son groupe d'appartenance et l'environnement, et ce, tant dans son aspect personnel que dans sa dimension sociale et collective. Ainsi, la personne malade s'efface, la physiologie se met en place et « *soigner devient traiter la maladie.* »<sup>16</sup> L'entreprise d'humanisation des soins a permis au soin de se déployer dans toutes ses dimensions. Tout en ne négligeant pas l'acte médical, l'acte technique, le courant d'humanisation ouvre l'environnement médical sur la dimension relationnelle, entre autres, sur le *caring*. Sur le plan de la pratique professionnelle, la revitalisation de la relation soignante-soigné(e) valorise les personnes qui donnent les soins. Elle ranime les racines de la pratique et lui donne l'élan pour la construction d'une conception autre des soins. La langue française donne aux mots « soin » (au singulier) et « soins » (au pluriel) différents sens. De plus, la difficulté de traduire le terme *care* emprunté à la langue anglaise, nous amène à différencier celui-ci de l'idée du *cure*. Dans la section suivante, nous nous penchons sur la signification de tous ces mots selon les autrices et auteurs qui les ont définis.

## 1.2. Sens du soin, du *cure* et du *care*

L'étymologie du mot « soin », qui dérive du verbe « soigner », sous-entend jusque vers le XVII<sup>e</sup> siècle l'idée de besoin, de souci, de préoccupation. À partir du XVII<sup>e</sup> siècle, le terme « soins » au pluriel fait référence à l'acte déployé pour traiter un être ou tout élément nécessaire à la vie<sup>17</sup>. Svandra fait la différence entre « le soin » et « les soins ». Dans la

---

<sup>16</sup> Marie-Françoise COLLIÈRE. *Promouvoir la vie* [...], p. 28.

<sup>17</sup> Jean DUBOIS, Henri MITTERAND et Albert DAUZAT. *Grand Dictionnaire Étymologique et historique du français*, Paris, Larousse, 2011, p. 928.



langue française, « les soins » concernent le travail technique, c'est-à-dire un travail qui requiert un apprentissage, une habileté en vue de soulager ou de traiter ce qui est malade ou déficient, tels les actes thérapeutiques, tandis que « le soin » exprime l'agir empreint d'humanité dans un souci envers autrui. « Le soin » se définit comme étant la réponse humaniste à une demande d'aide qui a été exprimée par une personne qui souffre. « Le soin » réside dans la relation active de nature éthique parce qu'il s'applique dans la meilleure façon d'agir selon les besoins<sup>18</sup>. Dans la langue anglaise, deux termes illustrent les types de soins, c'est-à-dire le *cure* et le *care*.

Selon la professeure de psychologie sociale Pascale Molinier, le *cure* concerne le volet curatif, les tâches matérielles, les soins plus ou moins techniques<sup>19</sup>. Toutefois, le *cure* ne peut s'exercer dans le temps sans intégrer l'autre type de soin, nommément le *care*. Selon la philosophe Sandra Laugier, le traitement d'une personne exige certes la maîtrise de techniques, mais requiert impérativement des capacités d'attention, de perception et d'imagination pour comprendre une situation<sup>20</sup>. Pour sa part, Tronto met en évidence la complexité du *care*, lequel recourt à l'ingéniosité, à l'inventivité et à la créativité<sup>21</sup>. En collaboration avec la professeure d'université Berenice Fischer, elle propose une définition générale du *care* : « [a]u niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »<sup>22</sup> La sociologue Patricia Paperman abonde dans le même sens que Tronto et Fischer et conceptualise un *care* qui ne sépare pas la sensibilité et le travail pratique. L'indécision de

---

<sup>18</sup> Philippe SVANDRA. « Nature et formes du soin, pour une approche par l'agir compassionnel », *Éthique et Santé*, 2005 ; 2, France, Éditeur Elsevier Masson, 2005, p. 125-128.

<sup>19</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 341.

<sup>20</sup> Sandra LAUGIER. « *Care* et perception. L'éthique comme attention au particulier », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 365-370.

<sup>21</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 9.

<sup>22</sup> Berenice FISCHER and Joan C. TRONTO. « Toward a feminist theory of care », in Emily K. ABEL and Margaret K. NELSON (dirs.), *Circles of Care : Work and identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, NY, 1991 [sic] p. 40 cité par Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 143.

le traduire en français « [laisse] ouverte la question de l'articulation entre la sensibilité et l'activité pratique ».<sup>23</sup> En somme, la traduction du terme anglais *care* par le mot « sollicitude » en français amputerait l'éthique du *care* de « sa dimension pratique et de sa face objective. »<sup>24</sup>

Plusieurs autrices françaises ayant écrit sur le *care*, notamment celles que nous avons consultées pour notre recherche, ne traduisent pas *care* par « sollicitude » ou par « soin ». La complexité du terme anglais *care* complique sa traduction en français et la recherche d'une traduction fidèle constitue un exercice laborieux. Le traducteur Hervé Maury, qui a traduit le livre *Un monde vulnérable : pour une politique du care* de Tronto, interprète le mot « sollicitude ». Selon le *Trésor de la langue française* (2006), le terme « sollicitude » décrit le souci envers un autre ou même envers un groupe, puis la prise en charge de cet autre ou de ce groupe. Elle se limite souvent aux relations dyadiques ou aux relations de proximité comme les relations familiales. Selon Paperman et Laugier, autrices de *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, les mots « sollicitude », « soin » ou « souci » couvrent en partie le champ sémantique du mot *care*. Pris isolément, le terme « sollicitude » fait appel à la dimension relationnelle de la sensibilité. De son côté, le mot « soin », adopte un sens plus neutre tandis que, pour sa part, le terme « souci » souligne l'attention à la souffrance<sup>25</sup>. L'utilisation d'un seul de ces mots pour traduire le *care* risque de fausser la conception du *care* sur des relations sentimentales, du domaine privé, des « relations épaisses »<sup>26</sup>, selon l'appellation du philosophe Avishai Margalit.

La perspective féministe de l'éthique du *care* s'efforce de désenclaver l'attention ou le souci des autres des relations étroites, les relations du domaine privé, auxquelles des courants de pensée morale et politique ont confiné le *care*<sup>27</sup>. Paperman soutient que la morale oblige à

---

<sup>23</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 322.

<sup>24</sup> Ibid., p. 321.

<sup>25</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Introduction à la première édition. Sense and Sensibility », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 22-23.

<sup>26</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 326.

<sup>27</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Introduction à la première édition [...] », p. 23.

ouvrir les frontières du *care*. L'activité du *care* ne se limite pas à la seule dimension individualisée puisque les liens qui nous rattachent aux autres et l'importance de ces liens dans le domaine privé se prolongent dans les relations vécues dans la sphère publique. Margalit désigne ces relations du domaine public par l'appellation « *relations minces* »<sup>28</sup>. Dans les deux tableaux apparaissant ci-dessous, nous faisons le point sur toutes ces définitions. Ainsi, le tableau 1.1 présente les divers sens qui ont été donnés aux mots « soin » et « soins » dans la langue française. De même, le tableau 1.2 identifie les nombreux sens attribués aux termes *cure* et *care* dans la langue anglaise.

**Tableau 1.1**  
**Sens donnés aux mots « soin » et « soins » dans la langue française**

	Soin	Soins
Jusqu'au XVII <sup>e</sup> siècle	Dérivé de soigner : idée de besoin, de souci, de préoccupation.	
À partir du XVI <sup>e</sup> siècle	S'oriente vers le sens moderne de prendre soin, de s'occuper du bien-être d'une personne ou de l'état d'une chose en vue de sa conservation.	
Depuis le XVII <sup>e</sup> siècle		Font référence à l'acte déployé pour « prendre soin » d'une personne ou de quelque chose.
Dans la langue française selon Philippe Svandra (2005)	Exprime l'agir empreint d'humanité dans un souci pour l'autre; préoccupation du bien-être ou de l'état d'un autre et dans l'intervention adaptée à la situation de cet autre.	Concernent le travail technique, un travail qui requiert un apprentissage, une habileté en vue de soulager ou de traiter ce qui est malade ou déficient, tels les actes thérapeutiques.

<sup>28</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 326.

**Tableau 1.2**  
**Sens donnés aux mots *care* et *cure* dans la langue anglaise**

Autrices	<i>Cure</i>	<i>Care</i>	Sollicitude
Pascale Molinier (2011)	Concerne le volet curatif, les soins techniques.	Le travail de <i>care</i> choisit l'action qui contribue à la conservation de la subjectivité de la personne. Le <i>care</i> n'est pas ancré dans l'humanité d'une personne.	
Marie-Françoise Collière (1982)	Les soins de réparation, les soins qui découlent des actes médicaux.	Le geste de soigner qui entraîne conscientisation, connaissance et discernement.	
Joan C. Tronto (2009)		« [U]ne activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »	Décrit le souci pour un autre ou pour un groupe, puis sa prise en charge de cet autre ou de ce groupe.
Patricia Paperman et Sandra Laugier (collectif 2011)		Se traduit en partie par les mots « sollicitude », « soin » ou « souci » pris isolément.	Dimension relationnelle de la sensibilité.
Perspective féministe de l'éthique du <i>care</i>		Va au-delà des relations sentimentales et du domaine privé.	
Patricia Paperman (2011)		Dispose à une sensibilité envers l'autre qui est vulnérable. La vulnérabilité engendre une relation de dépendance envers les autres. La sensibilité participe à la compréhension de la situation de vulnérabilité. Le <i>care</i> se manifeste alors comme travail de la dépendance. Il engage la responsabilité de répondre à la souffrance et aux besoins de la personne vulnérable.	

Nous avons tous besoin du *care* des autres pour pouvoir bien vivre notre existence. Les soins ou le *cure* s'appliquent aux actions techniques et aux actes médicaux, mais ils concernent tout autant les tâches matérielles participant à l'amélioration des conditions de la vie. Les théoriciennes et théoriciens du soin ou du *care* se rallient à la pensée que, pour exister, les soins requièrent une relation. Selon Svandra, les soins engendrent la mise en

place d'une relation. Il n'en reste pas moins qu'une relation de soin rencontre ses limites dans le croisement du corps fragilisé de l'autre, ce qui peut conduire à des pratiques rationnelles déviantes, c'est-à-dire des pratiques comportant une rationalité vidée de toute conscience.

### **1.3. La rencontre de l'autre dans un corps souffrant**

Une relation de soin signifie une rencontre avec l'autre tant dans la dimension physique que dans la dimension psychique. Cette rencontre implique un travail, des gestes et elle suppose l'humanité des personnes concernées. La mise en place d'une telle relation relève du désir de rencontre de l'autre. Cependant, il arrive que des circonstances particulières entravent la réalisation de cette relation de soin. Celle-ci demeure tributaire des conditions de son exercice. La finitude du corps, entre autres, apparaît comme un élément susceptible de conduire vers une rationalisation rigide de la pratique du soin.

Un corps malade, disgracieux, vieilli, meurtri ou encore un corps qui résiste aux soins prodigués, rappelle le destin tragique et la finalité de la vie humaine. Un corps qui souffre éveille chez la personne soignante sa propre fragilité. Pour certaines, le corps souffrant de l'autre paraît insupportable. Didier Sicard médecin et professeur de médecine considère qu'un corps humain peut provoquer la gêne, la répulsion et le malaise<sup>29</sup>. En fait, il éveille chez les personnes soignantes le sentiment de leur propre fragilité, de leur propre vulnérabilité. Pourtant, selon Svandra, le soin suscite une relation qui intègre le corps. Selon la philosophe Le Goff, l'activiste Jane Addams accorde une place importante à la dimension corporelle dans sa théorie de l'éthique sociale. Elle rapporte que « le *care* passe nécessairement par une attention portée aux corps... »<sup>30</sup>

Le corps désigne la personne. Dans le monde contemporain, il est possible de modifier ce corps selon les désirs de l'individu. Svandra explique que le corps marque à la fois la

---

<sup>29</sup> Didier SICARD. *Hippocrate et le scanner. Réflexions sur la médecine contemporaine*, Coll. « Esculape », Paris, Desclée de Brouwer, 1999, p. 70, cité par Philippe, SVANDRA. *Éloge du soin. Une éthique au cœur de la vie. Sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant*, Coll. « Perspective soignante », Paris, Éditions Seli Arslan, 2009, p. 195.

<sup>30</sup> Alice LE GOFF. *Care et démocratie radicale*, Coll. « Care Studies », Paris, Presses Universitaires de France, 2013, p. 43.

fragilité et la finitude de la personne. Imparfait, le corps demeure non maîtrisable et, inévitablement, il finit par se détériorer<sup>31</sup>. « En effet, ce corps qu'il faut nourrir, soigner, entretenir finit par apparaître à certains de nos contemporains comme encombrant et inutile ».<sup>32</sup> Collière considère le corps comme étant le « principal outil des soins »<sup>33</sup>. Selon cette autrice, « il est le véhicule, le médiateur des soins ».<sup>34</sup> Elle se réfère à Marshall McLuhan pour décrire le corps comme étant un médium qui transmet un message, qui génère une action, qui transforme, qui produit une nouvelle situation<sup>35</sup>. La finitude du corps exerce son action sur la relation de soin<sup>36</sup>.

Dans certains cas, il arrive que la personne soignante ne puisse plus prendre soin de la personne qu'elle soigne et se limite à « faire des soins »<sup>37</sup>. Selon Svandra, la personne soignante prodiguera des soins anonymes, se concentrant d'abord et avant tout sur le traitement ou le travail technique à exécuter<sup>38</sup>. Forcément, la personne soignée apparaît alors comme un simple corps. Indéniablement, ce corps perd son identité : son prénom, son nom. Il devient sans plus un objet d'étude, un « *corps-objet* »<sup>39</sup>. Une réflexion sur la question des corps s'impose. La possession de connaissances théoriques sur la vision et la perception du corps mènent à la conscientisation des gestes d'une pratique d'une relation de *care*, sans quoi la personne soignante s'adonnera à une déshumanisation du soin pouvant aller jusqu'à nier la subjectivité de l'autre.

Dans un texte portant sur la question du soin, la philosophe Virginie Pirard souligne que l'automatisation modérée des gestes de soin crée une certaine routine professionnelle qui dispose la personne soignante à une disponibilité mentale et relationnelle envers la personne soignée. Toutefois, advenant que les gestes de contact et de communication s'automatisent, le rapport brusque ou stéréotypé à autrui esquivé l'attention et la présence

---

<sup>31</sup> Philippe SVANDRA. *Éloge du soin* [...], p. 189-190.

<sup>32</sup> Ibid., p. 188.

<sup>33</sup> Marie-Françoise COLLIÈRE. *Promouvoir la vie* [...], p. 270.

<sup>34</sup> Ibid., p. 270.

<sup>35</sup> Ibid., p. 2.

<sup>36</sup> Ibid., voir la note 22, p. 290.

<sup>37</sup> Philippe SVANDRA. *Éloge du soin* [...], p. 124.

<sup>38</sup> Ibid., p. 186.

<sup>39</sup> Ibid., p. 195.

psychiques constantes. La personne soignante en arrive à objectiver<sup>40</sup> le corps de l'autre. Le rapport avec la personne soignée perd de sa substance vitale. La communication verbale chercherait à soutenir un contact vivant et non stéréotypé avec la personne soignée. La personne soignante disposée au soin, répond aux besoins du corps avec une attention particulière à l'être qui habite ce corps<sup>41</sup>.

Svandra abonde dans le sens de Pirard. Il affirme que les actions techniques semblent jouer un rôle dans un contexte marqué par la finitude du corps. Ces actions concilient les personnes soignantes avec la vulnérabilité des corps. Par l'entremise de ces actions, ces personnes abordent le corps souffrant et évitent de faire de la personne soignée un simple objet de soin. Devant cette vulnérabilité, l'acte de soin, c'est-à-dire l'accomplissement de ces actions techniques qui sont dédiées au corps, incite à une reconnaissance de la personne soignée comme sujet, comme être singulière. Ainsi, la personne soignante se rapproche donc de la personne fragile, ce qui provoque le désir de répondre de manière désintéressée par des actes de non-violence.

La rencontre d'un corps souffrant et le croisement des vulnérabilités créent leurs lots de difficultés et la relation de soin risque un dérapage. De ce fait, la personne qui reçoit le soin s'expose à « l'objectification » qui conduit au dénigrement de la subjectivité, tandis que la personne qui dispense le soin tend à une pratique aliénante. C'est là où le *care* apparaît aussi comme une réalité essentielle pour la vie humaine. L'éthique du *care* représente une éthique de la responsabilité qui consiste à prendre soin de la vulnérabilité de l'autre<sup>42</sup>. Le concept d'éthique du *care* est récent. En effet, cette forme d'éthique a vu le jour dans le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle. Regardons de plus près l'état de la recherche dans ce domaine.

---

<sup>40</sup> Le philosophe et théologien Jean-François Malherbe, pour sa part, distingue deux notions sur le plan des pratiques professionnelles : l'objectivation médicale du corps et son objectification. L'objectivation consiste à réduire la personne à son corps. Cette objectivation est nécessaire pour un savoir objectif dans le but d'établir un diagnostic ou encore un plan de soin. Voir p. 36. « [L']objectification n'est jamais acceptable car elle consiste à considérer "définitivement" une personne comme une simple machine cybernétique, comme un simple objet. » Voir p. 37. Voir Jean-François Malherbe. Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essai d'éthique critique II, Montréal, Éditions Liber, 2003, p. 36-37.

<sup>41</sup> Virginie PIRARD. « Qu'est-ce qu'un soin? [...] », p. 89-90.

<sup>42</sup> Marie GARRAU. « Care (Éthiques et politiques du) », dans Vincent BOURDEAU et Roberto, MERRILL (dirs.) *DicoPo*, mis en ligne le 28 mars 2008, (page consultée le 24 janvier 2015), p. 9 de 31. <https://www.dicopo.fr/spip.php?article101>.

### 1.4. Le *care*. État de la recherche

Dans les milieux féministes, l'éthique du *care* sollicite tant les femmes que les hommes à la tâche éthique du soin pour l'accomplissement de l'humanité dans toutes les sphères du monde. La théorisation du concept du *care* a pris son envol dans les années 1980 en Amérique du Nord, aux États-Unis. La docteure en psychologie sociale Carol Gilligan a élaboré une interprétation de cette théorie. Elle fait partie des chercheuses de la première génération. Elle a construit son cadre théorique à partir d'une morale comparée à l'expérience des femmes dans la préservation et l'entretien des relations humaines. De son côté, Tronto théoricienne de la deuxième génération écarte de son objet d'étude le champ de la psychologie morale afin de montrer que le concept du *care* comporte une dimension à la fois sociale et politique. Elle préconise une éthique du *care* qui implique le souci de soi et celui des autres, une attitude qui responsabilise et invite à cultiver un monde humain, un monde où il fait bon vivre. Point à noter, plusieurs disciplines ont intégré le concept du *care* dans leur domaine respectif. Malgré tout, l'implantation de l'éthique du *care* rencontre encore de la résistance.

Pour mieux saisir les visions des deux générations de chercheuses, nous analysons la pensée des deux autrices provenant de chacune de ces périodes. Tout d'abord Gilligan, qui fut surtout active dans les années 1980, puis, Tronto qui a œuvré principalement dans les années 1990. Par la suite, nous regardons brièvement les réflexions de quelques grandes figures de la théorie du *care*.

#### 1.4.1. Carol Gilligan investigatrice du *care*

Au début des années 1980, Gilligan critique le modèle théorique du développement du raisonnement moral qui avait été élaboré et défendu par son homologue psychologue Lawrence Kohlberg<sup>43</sup>. Cette théorie, qui découle d'une étude empirique réalisée chez des garçons, prétend définir le développement du raisonnement moral. Elle se base sur l'éthique de la justice identifiée à des principes généraux ou abstraits mettant en œuvre des

---

<sup>43</sup> La théorie du développement du raisonnement moral de Kohlberg définit six stades de raisonnement moral qui conduisent à la maturité morale. Voir à ce sujet Lawrence KOHLBERG, *The psychology of moral development : the nature and validity of moral stages*, Harper and Row, New York, 1984, 729 p.



droits et des règles. Pour Gilligan, cette théorie recèle une lacune importante. En effet, l'autrice constate l'absence du raisonnement moral des femmes et ne tient pas compte des responsabilités et de la dimension relationnelle et émotionnelle de la vie<sup>44</sup>. Cette théorie participe à la construction des rôles selon le genre et attribue la sollicitude aux groupes qui sont exclus par la société. Intéressée par la cause humaine et en particulier par celle des femmes, Gilligan s'en prend à la notion de genre qui envahit toutes les sphères de la société contemporaine et qui s'oppose à la démocratie. Elle proclame une morale qui écarte les règles et les droits pour laisser la place à une « morale de la responsabilité »<sup>45</sup>. Dans son ouvrage intitulé *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, publié en 1982 puis, traduit en 1986 sous le titre *Une si grande différence*, Gilligan expose une morale puisée dans la richesse du savoir-être et du savoir-faire de la vie des femmes. Comme elle le dit bien, « [c]ette conception de la morale se définit par une préoccupation fondamentale du bien-être d'autrui, et centre le développement moral sur la compréhension des responsabilités et des rapports humains ».<sup>46</sup>

Dans son argumentation traitant de la moralité « d'une voix différente », Gilligan replace les liens humains dans une structure sociale qui est fondée sur la coopération. Selon cette autrice, les femmes construisent leurs rapports avec les autres dans un contexte d'interdépendance des vies humaines. Cette forme d'organisation contribue au développement de l'empathie et de la sensibilité, facultés essentielles à posséder pour aller à la rencontre de l'autre. La compétence en communication demeure une ressource à privilégier dans la résolution d'un conflit de responsabilités. Elle conduit à choisir la solution à un conflit à partir du critère du bien-être des parties puisque les personnes

---

<sup>44</sup> Selon Gilligan, deux modes de pensée influencent le raisonnement moral. Le sexe ne caractérise pas de manière absolue l'un de ces deux modes. À partir d'une observation empirique, les filles adoptent une approche morale qui diffère de celle des garçons devant un même dilemme moral. Elles cherchent à préserver le lien et celui qui se tisse entre les personnes. Elles s'appuient sur des arguments fondés sur le souci de l'autre. Elles organisent leur pensée et leur action morale selon les circonstances de la vie et leur expérience personnelle. Elles cherchent à répondre aux besoins concrets de la personne. Étant donné que les sentiments étant pris en compte pour la compréhension d'une situation, les filles tendent vers un raisonnement du *care*. Le jugement moral des garçons découle plutôt d'une logique qui est fondée sur des principes universels et qui est régie par des règles abstraites telle que l'éthique de la justice. Dans un conflit, la décision prise par les garçons demeure au niveau rationnel.

<sup>45</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence*, Traduit de l'américain par A. Kwiatek, Paris, Éditions Flammarion, 1986, p. 39.

<sup>46</sup> Ibid., p.38.

concernées forment un réseau de rapports humains. Dans le langage moral de la responsabilité, les femmes trouvent une manière de pratiquer leur mode de jugement et d'action. Gilligan constate que le mode de pensée des femmes se distingue de celui des hommes. Ainsi, chez les femmes, l'interprétation d'un conflit moral et le choix d'une solution tiennent compte davantage de la réalité d'une différence dans les expériences humaines quotidiennes. Elle recourt à un mode de pensée contextuel et narratif qui est lié à des circonstances rencontrées dans la vie quotidienne et non à un ensemble de principes abstraits et universels<sup>47</sup>. Ainsi, dans l'exercice d'un discernement moral, les femmes cherchent le bien-être de l'autre et d'elles-mêmes dans un esprit de coopération et d'interdépendance. Toutefois, les recherches de Gilligan ont donné lieu à de nombreuses contestations et à plusieurs débats féministes.

En 2009, Gilligan donne une conférence dans le cadre de la réédition de son ouvrage. Elle répond aux objections et réactions d'incompréhension de son œuvre fondamentale sur le *care*. L'interprétation de ses travaux, qui fait valoir une « voix différente », a orienté son modèle théorique vers une éthique féminine. Pour certains groupes féministes, la recherche présente les caractéristiques d'une éthique féminine qui donne plus de force à la distinction femme/homme. Dans le milieu patriarcal, cette théorie est fort mal comprise et est essentiellement associée à une éthique féminine. Gilligan précise ce qui distingue le *care* comme « une éthique *féministe* : une éthique conduisant à une démocratie libérée du patriarcat et des maux qui lui sont associés, le racisme, le sexisme, l'homophobie, et d'autres formes d'intolérance et d'absence de *care*. »<sup>48</sup> La perspective de la théorie de cette autrice engage à rendre compréhensibles les différentes voix morales. Néanmoins, le discernement de cette théoricienne féministe, sans oublier le travail réalisé par d'autres chercheuses de sa génération, plus particulièrement « Nel Noddings [philosophe], Sara Ruddick [philosophe], Virginia Held [philosophe], Eva Kittay [philosophe] et Nancy Folbre

---

<sup>47</sup> Bruno AMBROISE. « Réalisme moral, contextualisme et éthique du *care* », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 302.

<sup>48</sup> Carol GILLIGAN. « Une voix différente. Un regard prospectif à partir du passé », Traduit de l'anglais par Patricia Paperman, dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 41.

[économiste] »<sup>49</sup>, a suscité un fort intérêt pour le concept du *care*. Aujourd'hui, l'ouvrage classique de Gilligan mobilise un système de pensée vers une autre forme de moralité, à savoir la moralité féministe.

La « voix différente » emploie un langage axé sur la responsabilité et la relation, celui du *care*. Son discours déconstruit ce que le patriarcat tend à produire dans les sociétés, soit les enfermer plutôt que les ouvrir à d'autres horizons. Loin des valeurs patriarcales, la « voix différente » exprime les valeurs démocratiques du *care* : l'écoute, l'attention, la responsabilité, la réponse contextuelle et de maintien des relations. Cette voix écoute le discours de l'autre. Elle tient compte de la diversité des expériences humaines. Elle cherche à offrir une réponse en adéquation avec le discours entendu aux besoins à combler et aux aspirations ou désirs à satisfaire. Gilligan a ouvert la voie à l'éthique du *care* qui sensibilise les femmes et les hommes à la diversité des voix<sup>50</sup>. Une deuxième génération de théoriciennes féministes a poursuivi les recherches en éthique du *care* et les a enrichies d'une théorie morale dépassant l'idée de la différence de genre. C'est ce que nous voyons avec Tronto.

#### **1.4.2. Joan C. Tronto théoricienne du *care***

Dans les années 1970, alors qu'elle militait dans les mouvements des femmes, Tronto déplore que le milieu politique soit un milieu fermé. En effet, il exclut tout ce qui provient de l'extérieur de ce type de milieu. L'éthique du *care*, qu'elle publie dans les années 1990, ne relève pas tant de la nature du soin que d'une véritable politique du *care* qui valide une expérience.

Tronto, avec la collaboration de Fischer, a d'abord produit une définition générale du *care*. Nous rappelons ici cette définition que nous avons présentée plus haut, au point 1.2 : « [a]u niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible*. Ce monde comprend nos

<sup>49</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 16.

<sup>50</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*, Coll. « Philosophies », Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p. 48.

corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. »<sup>51</sup> Cette redéfinition du concept du *care* recouvre l'ensemble des pratiques sociales inspirées des « *quatre phases du care* » qui ouvrent sur une relation de soin qui est adéquate et humaine soit, une relation de *care*.

Tronto appelle à introduire ce concept redéfini au cœur de l'action politique. Le contenu, de ce concept, qui est emprunté à des savoirs et à des connaissances du monde qui émanent de la pratique du *care* des femmes, oriente les citoyennes et les citoyens vers un vivre ensemble harmonieux.

Les théoriciennes féministes de la deuxième génération, telles que Tronto, ont cherché à déconstruire le stéréotype de la femme qui prend naturellement soin des autres. Tronto met en garde contre la vision réductrice de la relation dyadique mère-enfant assignée au *care*. Cette forme de relation ne caractérise pas automatiquement l'éthique du *care*, elle l'enferme plutôt dans une dévalorisation qui rend invisibles les activités générées par le *care*. Cependant, elle est reconnue comme une représentation de la relation du *care* lorsque cette dyade répond contextuellement aux besoins d'une autre personne qui est vulnérable dans le but d'entretenir sa vie. De la même façon, une relation maternelle confondue au sacrifice de soi ne s'identifie pas au concept du *care*. Elle conduit à légitimer des relations injustes. Dans une éthique du *care*, la valorisation d'éléments féminins peut mener à la reconnaissance d'une complémentarité entre les femmes et les hommes. L'éthique du *care* peut se porter garante de formuler une éthique genrée, une éthique féminine. L'éthique féminine, comme le stéréotype, attribue aux femmes un rôle subalterne qui les maintient dans une position de subordination. Tronto dénonce d'ailleurs les rapports de pouvoir et toute structure socialement hiérarchisée.

Tronto postule que dans un contexte social patriarcal, associer le genre à une morale comporte des risques. Quand nous regardons de plus près l'exercice du *care* associé aux

---

<sup>51</sup> Berenice FISCHER and Joan C. TRONTO. « Toward a feminist theory of care », in Emily K. ABEL and Margaret K. NELSON (dirs.), *Circles of Care : Work and identity in Women's Lives*, State University of New York Press, Albany, NY, 1991 [sic] p. 40 cité par Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 143.

femmes et aux relations privées, nous concluons que les formes multiples de soins constituent une manière efficiente d'appliquer cette méthode genre/morale. Toutefois, cette manière de procéder conduit à la promotion de la division des genres et maintient en place la morale dominante. Par voie de conséquence, les structures de pouvoirs et de privilèges rattachées aux soins sont alors maintenues, d'où la proposition que l'éthique du *care* doit faire cesser le lien *care*/genre établi par la structure politique.

Tronto extrait les activités du *care* du milieu familial et de l'espace privé pour les transposer dans les activités du quotidien. Ses recherches, qui sont orientées vers une approche non genrée, débouchent sur une théorie qu'elle souhaite neutre. Il s'agit d'une théorie générale qui présente une conception alternative à la morale universaliste qui fut élaborée par le philosophe allemand Emmanuel Kant. Selon Tronto, la théorie morale kantienne résulte de la raison humaine. Des acteurs moraux impartiaux et désengagés érigent un ensemble de règles impartiales et universelles avec le souci d'une objectivité abstraite<sup>52</sup>.

La pensée moderne tend à séparer la dimension politique de la dimension morale. Le milieu politique fixe les principes moraux qui sont conformes à ses préoccupations. Des valeurs morales qui correspondent aux préoccupations centrales de la vie humaine risquent l'exclusion. Les arguments moraux des femmes ne trouvent pas leur place dans l'arène politique. Pourtant, « les valeurs du *care* – prévenance, responsabilité, attention éducative, compassion, attention aux besoins des autres – traditionnellement associées aux femmes »<sup>53</sup> sont tout à fait indiquées pour la construction d'une société bonne. Une société dans laquelle nous respectons les autres et les traitons de manière juste. Ainsi, le modèle théorique de l'éthique de Tronto intègre ces valeurs redéfinies par les attitudes éthiques du *care* : « l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse. » Conçue pour la société moderne, la vision du *care* s'intéresse principalement à la réalité concrète de la vie de tous les jours, celle consistant à prendre soin de soi, d'autrui et du monde. D'ailleurs,

---

<sup>52</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 36 et 57.

<sup>53</sup> Ibid., p. 28.

les valeurs du *care* visent à amener une transformation de la société. Tronto suggère un déplacement d'une théorie de la « moralité des femmes » vers une éthique du *care*<sup>54</sup>.

Par sa théorie, Tronto a développé une manière d'accomplir le plus justement la relation de soin avec l'autre personne. Sans pour autant nier la présence des émotions et des sentiments, elle caractérise le *care* « comme une pratique processuelle, contextuelle et située. »<sup>55</sup> Le modèle de pratique qui est proposé par cette autrice engage à la mise en œuvre d'actions appropriées à la contingence des situations et au souci de l'autre. Ce modèle s'appuie sur les capacités morales des personnes et non sur la moralité des actes<sup>56</sup>. Il favorise une forme de morale dans laquelle les femmes et les hommes portent un regard sur l'autre, dénué de toute envie de domination ou de marginalisation. Le cadre théorique et le modèle de pratique de cette version de l'éthique du *care* s'ajustent à une théorie morale contextuelle<sup>57</sup>.

Les théories morales contextuelles « requièrent par exemple un sens des fins de la vie humaine, une aptitude à la vertu, un sens moral ou plusieurs de ces qualités. Elles supposent que, en plus de la raison, ces autres attributs moraux sont innés ou hérités, ou bien qu'ils sont acquis en société. »<sup>58</sup> Ainsi, ces théories vont dans la direction de l'écoute des besoins des autres et de la réponse à ces besoins. Une procédure de nature contextuelle conduit à des défis, notamment à celui d'exercer le soin de manière juste et adaptée à la situation singulière. Or, l'usage et la pratique d'une théorie morale contextuelle, sociale et politique orientent les femmes et les hommes à vivre une vie pleinement humaine.

#### **1.4.3. Figures de la théorie du *care***

D'autres figures, toutes aussi importantes les unes que les autres, ont explicité et prôné à leur façon l'éthique du *care* afin de justifier sa place dans le milieu social et/ou politique.

---

<sup>54</sup> Ibid., p. 28.

<sup>55</sup> Ibid., p. 5.

<sup>56</sup> Joan C. TRONTO. « Au-delà d'une différence de genre [...] », p. 63.

<sup>57</sup> Au XVIII<sup>e</sup> siècle, la pensée morale a pour fin une vie bonne. Cependant, le développement de la sphère publique marque un tournant dans les idées morales. D'une morale basée sur les théories contextuelles, les penseurs passent à une morale fondée sur des prémisses universelles. Voir Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 58-67.

<sup>58</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 57.

Ces chercheuses et chercheurs sont notamment Paperman, Molinier, les philosophes Martha Nussbaum et Kittay, le philosophe et professeur d'éthique Michael Slote et le sociologue Luc Boltanski.

Dans une activité de *care*, la présence de sentiments ou d'émotions chez les personnes impliquées ne peut être niée. La tâche du *care* mobilise des affects qui participent à l'élaboration de la relation et de la réponse qui est donnée à la situation particulière de soin. Des théoriciennes féministes, telles Paperman et Molinier, ont tenté de rétablir la prise en compte des sentiments et des émotions.

Paperman a fait connaître les éthiques du *care* en France en 2010 par la publication d'un ouvrage qu'elle a codirigé avec Laugier et qui porte le titre *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. L'influence de cette féministe a contribué à l'avancement des recherches en sciences sociales dans le domaine du *care*. Dans ses ouvrages, Paperman considère que le *care* est apte à créer des liens ou, dans son vocabulaire, à créer des « attachements »<sup>59</sup>. La vie humaine est construite pour ces liens. À ce propos, Paperman affirme que, dans la perspective de l'éthique du *care*, l'expérience émotionnelle participe à l'entretien et à la préservation de la relation humaine dans une rencontre de soin. Dans ses travaux de recherche, elle illustre le *care* sous l'aspect de la sensibilité et du travail de la dépendance, cela depuis la vulnérabilité jusqu'à la dépendance qui influent sur le déroulement de la vie humaine.

Le *care* déploie ses actions et ses actes dans le travail des relations de soin, celles-ci concernées par la vulnérabilité et la dépendance engendrée envers une autre personne. La posture du *care* dans ce type de travail, qui est un travail de la dépendance, dispose à un souci, à une sensibilité et même à un attachement affectif à la personne expérimentant sa vulnérabilité et sa dépendance à autrui. Dans la pratique de ce travail, le *care* porte le potentiel de compréhension des préoccupations d'une personne dans le besoin. « La connaissance et la compréhension morales adviennent, non pas de surcroît, mais comme

---

<sup>59</sup>Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 321.

un aspect d'une attention à autrui, sensible et active. »<sup>60</sup> La perspective du *care* réhabilite les sentiments et la sensibilité dans les pratiques du soin, « la disqualification des émotions et des sentiments prévalant dans la théorie morale et sociale depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle. »<sup>61</sup> Les sentiments et la sensibilité donnent forme aux relations de *care*. Ils jouent un rôle fondamental dans les contextes de vulnérabilité et « manifestent l'importance des liens qui nous rattachent (et nous attachent) aux autres, quand bien même ces liens sont contradictoires et conflictuels. »<sup>62</sup>

De son côté, Molinier a développé la perspective du *care* par ses recherches théoriques et empiriques. Ses travaux se situent dans le domaine de la psychodynamique du travail. Essentiellement, cette autrice s'attarde à la compétence que requiert le travail de *care*. Une compétence qui, dans la réalisation de son activité de travail, recherche la transformation des sujets et du monde<sup>63</sup>.

Dans les milieux de soins, le travail requiert une habileté, une finesse chez les femmes et les hommes qui l'exercent. Molinier mentionne que le *care* n'est pas ancré dans l'humanité d'une personne. La personne soignante parvient à *donner une voix* à l'autre, lorsque cet autre est « reconnu comme un sujet doté d'une intériorité, d'une vie psychique et d'une histoire à soi. »<sup>64</sup> Ainsi, la personne soignée, au lieu de devenir « *comme une chose* »<sup>65</sup>, apparaît comme une personne humaine à part entière. « Bref, on ne naît pas *caring*, on le devient. Et on le devient par le travail. [...] c'est sous la contrainte de devoir s'occuper des autres que la disposition au *care* a quelque chance (pas toujours mais souvent) de se

---

<sup>60</sup> Patricia PAPERMAN. *Care et sentiments* [...], p. 40.

<sup>61</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 321.

<sup>62</sup> Patricia PAPERMAN. *Care et sentiments* [...], p. 32.

<sup>63</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 339.

<sup>64</sup> Ibid., p. 342.

<sup>65</sup> Pascale MOLINIER. « Désirs singuliers et concernement collectif : le *care* au travail », dans Vanessa NUROCK (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Coll. « Débats philosophiques », Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 110.



développer. La disposition ne précède pas le travail de *care*, elle y trouve l'occasion de s'y exercer. »<sup>66</sup>

Dans la pratique d'une relation de *care*, les détails, les attentions ou encore l'attitude au bon moment permettent d'accéder aux normes éthiques de ce type de travail. Un exemple simple montre que le moindre geste de soin devient la réalité profonde d'une relation de *care*. L'acte de passer de l'eau sur le visage de la personne qui éprouve une douleur ou ressent une souffrance apaise cette douleur ou cette souffrance tout en exprimant le sentiment d'une relation authentique, une relation dans laquelle la personne soignée devient la finalité des soins. Molinier soutient que le travail de *care* est réalisé par l'intermédiaire de « savoir-faire discrets »<sup>67</sup>. Selon Molinier : « [c]es savoir-faire sont *discrets* au sens où, pour parvenir à leur but, les moyens mis en œuvre ne doivent pas attirer l'attention de celui qui en bénéficie et doivent pouvoir être mobilisés sans attendre forcément de la gratitude. »<sup>68</sup> L'ingéniosité des personnes soignantes amène les personnes soignées bénéficiant du *care* vers un état de confort psychologique et dissipe le sentiment d'humiliation de la dépendance qui les habite. Néanmoins, dans ce type de travail, l'incertitude morale paralyse ces gestes qui portent en eux la capacité de garder intacte la subjectivité de la personne soignée. Molinier insiste pour dire qu'il n'y a « [p]as de vie possible sans *care*. »<sup>69</sup>

Nussbaum, pour sa part, cherche à promouvoir l'inclusion des personnes dépendantes dans la société. Dans le développement de son anthropologie, elle met en évidence la dignité de la vie de la personne humaine, une vie caractérisée par la vulnérabilité et la dépendance<sup>70</sup>.

Selon cette autrice, chacune, chacun doit parvenir à une vie authentiquement humaine. L'inclusion de toutes les personnes dans la société nécessite non seulement des réponses

---

<sup>66</sup> Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN. « Introduction. Qu'est-ce que le *care*? », dans Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN (dirs.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Édition Payot, 2010, p. 15.

<sup>67</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 343.

<sup>68</sup> Ibid., p. 343-344.

<sup>69</sup> Ibid., p. 341.

<sup>70</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 126-127.

matérielles, mais aussi des conditions sociales pour convertir les ressources attribuées en fins poursuivies, et ce, pour assurer les capacités de bases aux personnes présentant des dépendances extrêmes. Nussbaum propose une théorie de la justice spécifique aux besoins par l'attention manifestée à la vulnérabilité. Cette théorie s'inspire des « "capabilités" humaines »<sup>71</sup>. « [...] *what people are actually able to do and to be*<sup>72</sup>. » Cette approche découle du concept des capabilités emprunté de l'économiste et philosophe Amartya Sen.

La théorie de Nussbaum est fondée sur le principe que chaque personne est une fin en soi<sup>73</sup>. Elle présente une manière d'aborder les besoins selon les droits humains fondamentaux. L'autrice insiste pour déterminer les « capabilités » qui doivent être développées pour assurer une vie humaine, une société juste. Les « capabilités humaines » sont au nombre de dix, la vie, la santé, l'intégrité physique, la liberté de penser, de ressentir, le soutien émotionnel, l'appartenance, les relations, le plaisir et le contrôle sur l'environnement expriment l'idée de dignité humaine sans trahir le pluralisme et les différences culturelles<sup>74</sup>.

Quant à Kittay et Slote, ils ont réfléchi sur un rapprochement entre l'éthique du *care* et l'éthique de la vertu. Or, certains critiques ont contesté le fait que cette association puisse sortir le *care* de la conception essentialiste. Ils soulignent que la vertu, qui peut aller jusqu'au sacrifice de soi, est susceptible d'engendrer des relations de soin qui sont injustes et de légitimer ces dernières<sup>75</sup>. Pour sa part, Kittay mentionne que la personne qui donne le soin à d'autres personnes présentant des dépendances extrêmes (physiques, psychologiques) vit l'expérience d'être confrontée à sa propre vulnérabilité face à la vulnérabilité extrême de l'autre. Cette expérience peut déclencher le processus d'aliénation

---

<sup>71</sup> Les « capabilités humaines » sont un concept philosophique proposé par Nussbaum Martha C. (Mai 1992). « Human Functioning and social justice : in defense of Aristotelian Essentialism », *Political Theory*, Vol. 20, Numéro 2, p. 202-246 cité par Joan Tronto. *Un monde vulnérable* [...], p. 187.

<sup>72</sup> Martha C. NUSSBAUM. *Women and human development : the capabilities approach*, Coll. "The John Robert Seeley lectures", Cambridge, Cambridge University Press, 2000, p. 5.

<sup>73</sup> Ibid., p. 5.

<sup>74</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 127.

<sup>75</sup> Marie GARRAU. « Care (Éthiques et politiques du) », dans Vincent BOURDEAU et Roberto MERRILL (dirs.) *DicoPo*, mis en ligne le 28 mars 2008, (page consultée le 24 janvier 2015), p. 7-8 de 31. <https://www.dicopo.fr/spip.php?article101>.

chez la personne soignante. D'autres chercheurs, notamment Margalit et le sociologue Luc Boltanski, ont travaillé sur l'étendue de l'éthique du *care*. Margalit, comme mentionné antérieurement, distingue les « *relations épaisses* » de celles dénommées « *relations minces* ». Pour Boltanski<sup>76</sup>, la compassion intègre une dimension de proximité. Elle entraîne une réponse aux particularités d'une situation locale. Elle situe l'éthique du *care* dans les situations proximales. Selon cet auteur, la compassion qui apporte une réponse aux situations locales, compromet la possibilité d'une politique du *care*. Les relations à distance qui ne considèrent pas la singularisation des situations comportent plutôt une dimension de la pitié. En général, le travail de *care*, par ses différents aspects, incarne un souci de justice envers la souffrance de l'autre et permet de réagir à une situation de fragilité.

### 1.5. Le *care*, ressource d'une justice

Pour la personne, l'un des buts de l'existence humaine est de contribuer à son bien-être et à celui d'autrui. Le *care* représente « le souci de l'existence, engageant l'activité d'êtres humains dans les processus de la vie quotidienne. »<sup>77</sup> Pour sa part, l'éthique du *care* présente une pratique optimale de la relation dans les milieux de soins. Cette théorie soutient des valeurs qui donnent substance à « une justice véritable, ou réaliste »<sup>78</sup>. Une justice qui recourt à un ensemble de principes mais qui réclame de prendre en compte les circonstances et le réel d'une situation<sup>79</sup>.

Le discours de la justice du *care* réside dans le secours de ce qui est vulnérable, dans la recherche d'un équilibre entre la fragilité et sa capacité ainsi que dans la mise en garde des interdits, de la maltraitance<sup>80</sup>. Il ne s'agit aucunement de rabaisser le soin médical. À ce

---

<sup>76</sup> Patricia PAPERMAN. « Pour un monde sans pitié », dans Alain CAILLÉ et Philippe CHANIAL, « L'amour des autres : *care*, compassion et humanitarisme », *Revue du MAUSS*, no 31, Paris, Second semestre 2008, p. 173-174.

<sup>77</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 145.

<sup>78</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Préface à la nouvelle édition [...] », p. 16.

<sup>79</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 18.

<sup>80</sup> « On peut définir la maltraitance comme tout acte ou comportement physique, verbal ou autre nuisant au bien-être, à l'épanouissement ou au développement de la personne. » Voir *Maltraitance.info*. (Page consultée le 13 juin 2018), [http://www.maltraitance.info/?Les\\_diff%C9rents\\_types\\_de\\_maltraitance](http://www.maltraitance.info/?Les_diff%C9rents_types_de_maltraitance). Frédéric Worms, pour sa part, désigne la violation d'un soin comme la maltraitance. « La maltraitance n'est pas moins une violation que l'abus de pouvoir médical sous toutes ses formes ». Voir Frédéric WORMS. « Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales », dans Fabienne BRUGÈRE, Guillaume LE BLANC, Virginie PIRARD,

propos, le philosophe Frédéric Worms souligne : « [qu'] il n'y a pas de soin sans violence, ou risque de violence [...]. Loin de la nier, ni de la tolérer, le soin doit donc lutter contre cette violence, qui est physique et vitale, mais aussi relationnelle et morale<sup>81</sup> ». Dans la préface de la traduction en langue française du livre de Tronto, intitulé *Un monde vulnérable : Pour une politique du care*, Liane Mozère nous dit qu'« [a]u sens de Tronto, il est risqué et périlleux de recevoir ou de prodiguer du *care*. »<sup>82</sup> Une théorie éthique de la valeur du *care* comme celle qui a été élaborée par Tronto permet de comprendre les injustices dans le monde afin de réagir à ces mêmes injustices. La justice du *care* représente un acte à soutenir dans une relation de soin pour que celle-ci intègre la valeur du *care*. *Care* et justice ne peuvent se concevoir l'un sans l'autre. L'éthique du *care* permet à la personne soignée et à la personne soignante de nouer une relation qui est habitée par la liberté et un grand respect. Ainsi, le *care* devient un agir imprégné d'un souci d'une justice envers autrui.

## Conclusion

Le soin découle en partie de son histoire et de son environnement. Dans les milieux de soins, un oubli de la valeur du soin semble présent. Plusieurs causes provoquent ce désintéressement à la pratique et à la disposition du soin. Il n'en reste pas moins qu'un changement peut s'opérer par l'intégration des connaissances théoriques et pratiques du *care* dans les milieux de soins. Le *care* n'est pas une mode, il représente une manière de penser, d'appréhender le travail de soin et de le dispenser de manière juste et adaptée à la personne soignée. L'exploration de la relation de soin pratiquée au quotidien oriente la personne soignante vers un travail qui répond à la réalité de la condition humaine. Dans ce chapitre, grâce à Collière, nous avons abordé l'histoire de *soin*, du *cure* et du *care*. Nous avons montré l'évolution au fil du temps des pratiques de soins et des sens donnés à certains mots : *soin*, *cure* et *care*. Ensuite, nous avons fait le point sur les recherches dédiées à l'étude du *care* grâce aux interprétations de certaines autrices, dont Gilligan et Tronto. Enfin, le *care* a été dévoilé comme ressource d'une justice. Pour poursuivre notre

---

Frédéric WORMS et Nathalie ZACCAÏ-REYNERS, « Les nouvelles figures du soin », *Esprit*, vol. 321, Paris, Éditions Esprit, janvier 2006, p. 152.

<sup>81</sup> Frédéric WORMS. *Soin et politique*, Coll. « Questions de soin », Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p. 32-33.

<sup>82</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 9.

analyse, le prochain chapitre portera sur la relation de soin asymétrique et ses composantes : la vulnérabilité, la dépendance et l'interdépendance.

## **CHAPITRE 2**

# **LA RELATION DE SOIN ASYMÉTRIQUE ET SES COMPOSANTES**

### **Introduction**

L'expérience d'un besoin de soin non satisfait en contexte de maladie peut provoquer divers bouleversements. La prestation de soins et la relation qui est associée à cette prestation sont indispensables pour répondre à la demande de soin. Il importe que la personne soignante acquiert des connaissances concernant la relation de soin asymétrique et ses composantes pour pouvoir offrir des soins adéquats et satisfaire ce désir légitime d'être bien soignée de la personne demandant des soins. La vulnérabilité, la dépendance et l'interdépendance constituent la trame de fond de toute relation de soin. Chacune de celles-ci contribue soit à l'accentuation d'un rapport asymétrique dans le soin, soit à la visée d'un certain équilibre de la relation qui naît entre la personne soignante et la personne soignée. Dans le présent chapitre, nous nous intéressons à l'asymétrie de la relation entre la personne soignante et la personne soignée et aux dimensions qui la mettent en œuvre, soit la vulnérabilité, la dépendance et l'interdépendance.

### **2.1. La relation de soin asymétrique**

La relation de soin asymétrique se caractérise par l'écart en termes de vulnérabilité et de pouvoir entre la personne dispensant le soin et la personne recevant le soin. Dans la relation médicale, la compétence côtoie la fragilité humaine. En effet, cette relation se déroule entre personnes inégales tant par leur savoir que par leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes. Le savoir et le pouvoir risquent de déboucher sur des abus et des injustices : « [i]l n'y a pas de soin sans une faiblesse qui appelle de l'aide, mais qui peut devenir une soumission, et une capacité qui permet le secours mais qui peut devenir un pouvoir, et donc aussi un abus de pouvoir. »<sup>1</sup> Le soin médical, qui désigne un « secours », peut devenir

---

<sup>1</sup> Frédéric WORMS. *Le moment du soin À quoi tenons-nous?*, Coll. « Éthique et philosophie morale », Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p. 19.

un pouvoir. La structure asymétrique de la relation de soin médicale nous indique qu'elle comporte une relation de pouvoir d'une part et une relation de service d'autre part. Ainsi, le soin médical, dans la relation qu'il initie, occasionne parfois des abus d'autorité ou encore des dénis de reconnaissance. Pourtant, le soin ne se réduit aucunement à un pouvoir ou à un service. Bien que plusieurs relations de soin stagnent dans des situations d'inégalité, l'on voit que, pour bon nombre d'entre elles, l'asymétrie entre la personne soignante et la personne soignée s'atténue pour laisser la place à un travail de *care*, dans lequel chacune, chacun trouve sa place en tant que personne à part entière. Dans le cadre de notre recherche, nous nous référons à l'expertise de Worms afin de saisir les fondements d'une relation de soin.

Dans l'existence humaine, la dimension relationnelle reste un élément essentiel de la création individuelle de soi et d'autrui. Ainsi, le soin, à travers le geste technique, assure la continuité de l'existence d'un corps vivant. Worms affirme que le soin relationnel veille simultanément à l'édification de la personne et à la genèse d'une subjectivité individuelle<sup>2</sup>. Dans ses différentes dimensions, le soin préserve le corps tout en créant le sujet du corps. Selon Worms, l'articulation de l'objet et du sujet du soin demeure indispensable pour répondre à un risque extérieur ou vital de même qu'à un risque intérieur et moral<sup>3</sup>.

Worms définit le soin comme étant « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même.* »<sup>4</sup> Dans un travail de soin, il n'y a pas que la capacité de soigner qui entre en ligne de compte, il faut aussi qu'il y ait la volonté de soigner. Soigner comporte une intention envers le destinataire du soin. Selon Worms, la motivation de cette intention découle soit du devoir, du respect ou de l'amour. Le soin, qui est constitué du soin corporel et du soin relationnel, n'est pas simple. Il répond à la vulnérabilité par la technique. Il est reconnu et considéré comme « l'expérience diversifiée de relations entre des vivants, qui restent toujours relations entre des corps, qui ouvrent cependant et même créent aussi, justement, entre les corps, d'une

---

<sup>2</sup> Ibid., p. 7.

<sup>3</sup> Ibid., p. 8.

<sup>4</sup> Ibid., p. 21.

manière toujours menacée par leur fermeture ou leur destruction, l'espace et le temps imprévisibles, nouveaux et absolus de tout ce qui est non seulement à défendre et à sauver, mais à désirer et à poursuivre. »<sup>5</sup>

Toujours selon Worms, c'est à la naissance que la fragilité introduit le nouveau-né dans l'univers du soin. Le soin répond à la vulnérabilité de l'enfant qui vient de naître par des gestes matériels et techniques afin que la vie suive son cours. Néanmoins, pour que le bébé passe d'un objet du soin à un sujet du soin capable de se soigner et de soigner autrui, il doit expérimenter la dimension relationnelle que le soin cherche à révéler dans l'existence humaine du sujet. Les techniques et relations du soin parental rejoignent celles du soin médical. En traitant des maladies et des pathologies, le monde médical se trouve à répondre à la faiblesse et aux défaillances du corps. En offrant leur secours, les personnes soignantes intègrent une relation, la relation de soin.

Dans le soin médical, les fonctions ou les rôles lient et opposent la personne soignante et la personne soignée. Ces deux personnes expérimentent tantôt le modèle parental, tantôt le modèle médical. Certaines tissent des liens individuels. Aussi, pour d'autres personnes, cette relation anonyme aux visages remplaçables se différencie par le port de l'uniforme institutionnel, d'un côté, et le port de la jaquette, de l'autre côté. Quoi qu'il en soit, la relation médicale rejoint le modèle parental<sup>6</sup> de l'extérieur et de l'intérieur. Il importe de comprendre le modèle médical du soin pour saisir les risques que comporte son application dans la pratique.

Le soin médical, semblable au soin parental, répond aux besoins vitaux de la personne pour que la vie continue. Ce soin est également animé d'une intention sur l'approche de la

---

<sup>5</sup> Ibid., p. 15.

<sup>6</sup> La relation parentale se traduit par des actes concrets, réels et matériels du soin corporel qui participent à constituer l'existence même du sujet. Cependant, cette relation, dans le soin donné à un individu par un individu spécifique, répond au besoin d'attachement. Ce besoin qui, par l'entremise de la demande d'une chose ou d'un objet, trouve satisfaction dans la réponse de la demande de soin. Cette relation d'attachement crée entre autres des liens irréversibles, mais susceptibles d'une rupture. Cette première relation conduit le sujet de soin vers toute autre relation de soin, entre autres, la relation médicale. Voir à ce sujet Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 24-26.



relation parentale<sup>7</sup>. La personne soignante répond à deux logiques relationnelles : d'une part, la logique relationnelle médicale qui consiste à satisfaire la physiologie de l'être et, d'autre part, la logique relationnelle parentale, qui s'emploie à combler des besoins relationnels. En vertu de cette seconde logique, le soin devient une « nécessité relationnelle »<sup>8</sup>. La relation de soin répond non seulement à un besoin biologique, mais aussi à un besoin spécifique, à savoir celui de nouer une relation, tant chez la personne soignée que chez la personne soignante, car une relation se crée dans la demande de soin et s'actualise dans la réponse. Le soin médical n'emprunte pas sa norme éthique du modèle parental, car il porte en lui-même une indication éthique.

Selon Worms, nous pouvons penser qu'une norme morale interne investit le soin médical. Il s'agit de ne jamais oublier « *la priorité de la thérapeutique, de l'obligation de soigner les maux, de manière concrète, juste, également accessible et répartie entre les hommes* ».<sup>9</sup> La pratique du soin, dans le sens d'un traitement objectif d'un mal, s'allie impérativement au soin de l'autre dans une relation soucieuse de l'égalité et de la liberté. Néanmoins, une relation de soin qui se retrouve menacée par une action de violation « désignée aujourd'hui sous le nom de maltraitance »<sup>10</sup> révèle ce à quoi tient la relation. La justice, l'égalité et la liberté doivent être au cœur de cette relation<sup>11</sup>.

Une relation violée s'oppose au soin véritable : elle entache la relation de soin par un abus de pouvoir d'une personne envers l'autre. Un sentiment de violation s'infiltre dans une relation asymétrique lorsque s'effrite la conscience de liberté, d'égalité et de justice. Ce sentiment révèle la signification morale des relations<sup>12</sup> et dévoile que « les relations entre les individus tissent *des liens temporels et individuels* qui ont une consistance et comme une

---

<sup>7</sup> Frédéric Worms définit la relation parentale par la relation de soin. Elle « consiste non seulement à répondre aux besoins organiques d'un nourrisson après sa naissance, mais plus profondément à lui adresser ces soins comme à un être ou un enfant individuel, et à se constituer du même coup comme un être ou un parent non moins individuel. » Voir Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 24.

<sup>8</sup> Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 24.

<sup>9</sup> Ibid., p. 32.

<sup>10</sup> Ibid., p. 33.

<sup>11</sup> Ibid., p. 34.

<sup>12</sup> Jean Nabert et Emmanuel Levinas acquiescent que « l'expérience morale, [...] reste, à travers le sentiment de l'injustifiable ou la rencontre d'autrui, une expérience relationnelle et temporelle, tout à fait irréductible ». Voir Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 77.

valeur propre, dans lesquels la violation introduit une discontinuité irréversible allant jusqu'à défaire les individus eux-mêmes et pas seulement leurs "rapports".<sup>13</sup> Effectivement, cette atteinte brime l'innocence d'une relation et instaure « des possibilités de souffrir et de faire souffrir insoupçonnées jusque-là. »<sup>14</sup> Un tel sentiment démasque la présence d'une relation de pouvoir, « une relation de force à faiblesse, voire de commandement à obéissance. »<sup>15</sup> Toutefois, à travers la conscience d'un abus même de la relation, se révèle éventuellement le sentiment d'une égalité rompue et d'une liberté heurtée. Selon Worms, le sentiment de violation invite à répondre à la relation brisée ou détruite et à replonger la justice dans les soins ou dans la relation<sup>16</sup>. La relation de soin asymétrique trouve sa source dans différentes situations de vulnérabilité et de dépendance, d'où l'importance d'étudier chacune de ces composantes.

### 2.1.1. La vulnérabilité

La vulnérabilité, première composante de notre analyse, peut être perçue comme « une affaire réservée à certaines catégories de personnes »<sup>17</sup>, celles qui se trouvent dans le besoin ou celles qui sont responsables de répondre aux besoins d'autrui. Cette connotation négative risque non seulement de réduire la notion de vulnérabilité à cette représentation, mais aussi de provoquer une réaction de rejet<sup>18</sup>. Toutefois, certaines personnes la distinguent autrement. C'est notamment le cas des théoriciennes du *care* que nous avons choisi d'étudier, soit Tronto, Paperman, Molinier, Le Goff et la philosophe Garrau. Ces dernières élucident la vulnérabilité et certaines d'entre elles l'explicitent à partir de la voix des personnes actrices du *care*. Elles invitent les personnes œuvrant dans les milieux de soins à considérer pleinement la valeur relationnelle de la vulnérabilité, mais en même temps, elles interpellent l'ensemble de la société.

Dans ses travaux, Tronto a plutôt décrit que théorisé la notion de vulnérabilité, et ce, par le biais des activités de *care* et de l'expérience des personnes qui le dispensent. La

---

<sup>13</sup> Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 70.

<sup>14</sup> Ibid., p. 71.

<sup>15</sup> Ibid., p. 79.

<sup>16</sup> Ibid., p. 118.

<sup>17</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 330.

<sup>18</sup> Ibid., p. 330.

vulnérabilité ramène la personne à un besoin qui apparaît comme un élément constitutif de la vie. Pour examiner la notion de vulnérabilité, Tronto recourt au vocabulaire des besoins. Sa réinterprétation des besoins « comme des choses en soi »<sup>19</sup> plutôt que « comme une marchandise » désigne les besoins toujours spécifiques de la personne. Ainsi, le besoin change selon la particularité du contexte et les détails particuliers à la situation dans lesquels se retrouve une personne. Dès lors, un besoin ne peut être défini ou fixé au préalable par des institutions. Selon le philosophe Stéphane Haber, Tronto se réfère à une « anthropologie des besoins »<sup>20</sup>. Le besoin qui détrône l'autosuffisance individuelle devient intersubjectif de maintes façons<sup>21</sup>. Il appelle le *care* qui « définit même l'espace (politique) où l'écoute empathique des besoins devient possible. »<sup>22</sup> Également, Haber considère que Tronto présente plus exactement « une anthropologie de la vulnérabilité »<sup>23</sup>. En fait, « [*]a personne est vulnérable : c'est ce principe qui ouvre en définitive l'espace des besoins et de leur prise en compte. »*<sup>24</sup>. Dans les sociétés libérales, le besoin qui découle de la fragilité existentielle symbolise une perte de capacité et de pouvoir et il est même perçu comme une menace pour l'autonomie.

Le besoin étant conçu comme une menace pour notre autonomie, ceux qui ont davantage de besoins que nous paraissent moins autonomes et donc comme disposant de moins de pouvoirs et de capacités. [...] De plus, les destinataires du soin étant perçus comme pitoyables, il devient plus difficile aux autres de reconnaître leurs besoins en tant que tels. Cette construction contribue en outre à établir une distance entre les besoins des "vrais nécessiteux" et les personnes ordinaires qui présument de leur propre absence de besoins.<sup>25</sup>

Chez la personne autonome, avouer un besoin équivaut à confesser sa fragilité face aux autres. Les personnes relativement privilégiées semblent incapables d'admettre que leurs besoins soient satisfaits par d'autres. « L'indifférence des privilégiés »<sup>26</sup>, pour reprendre

---

<sup>19</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 185.

<sup>20</sup> Stéphane HABER. « Éthique du *care* et problématique féministe dans la discussion américaine actuelle. De C. Gilligan à J. Tronto », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 201.

<sup>21</sup> Ibid., p. 201.

<sup>22</sup> Ibid., p. 201.

<sup>23</sup> Ibid., p. 202.

<sup>24</sup> Ibid., p. 202.

<sup>25</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 166.

<sup>26</sup> Ibid., p. 194.

l'expression de Tronto, se traduit concrètement par un déni du travail de *care* qui est effectué pour eux. Molinier, Laugier et Paperman disent que « notre autonomie dépend du travail des autres. »<sup>27</sup> Le *care* ne s'adresse pas uniquement aux personnes vivant une situation affligeante. Il concerne chacune, chacun et demeure essentiel à la vie du monde. Dans les sociétés libérales contemporaines, l'autonomie et l'indépendance constituent des conditions qui contribuent à la dévalorisation de la vulnérabilité et des travaux concernant les soins. « Le *care* interroge fondamentalement l'idée selon laquelle les individus sont entièrement autonomes et indépendants. »<sup>28</sup> Selon Tronto, « [ê]tre dans une situation où l'on doit recourir au *care* revient à être dans une position de vulnérabilité. »<sup>29</sup>

Tronto constate que la vulnérabilité représente le lot de toutes les personnes sans exception. Cette idée de vulnérabilité commune dérive de l'existence marquée par la fragilité. Personne ne peut prétendre vivre en autarcie et subvenir seule à ses propres besoins. Dès le début de la vie, la personne se révèle vulnérable. L'enfance, la maladie, la vieillesse ou des changements dans les conditions matérielles apparaissent comme autant de facteurs menant la personne à expérimenter la vulnérabilité. Au cours de l'existence, les femmes, les hommes, les enfants se trouvent confrontés à des degrés plus ou moins marqués par l'adversité et par la vulnérabilité. Il n'en reste pas moins « que chaque jour nous avons besoin de soin pour préserver nos vies. »<sup>30</sup> Une baisse de la capacité d'agir ou la difficulté à réaliser des activités de la vie quotidienne renvoie à la vulnérabilité, cette « condition partagée d'êtres dont l'existence est temporelle, incarnée et relationnelle de part en part. »<sup>31</sup> Ainsi, les théoriciennes du *care* Garrau et Le Goff proposent d'imaginer la vulnérabilité comme « une sorte d'invariant anthropologique »<sup>32</sup>. Nussbaum, pour sa part, « énonce l'idée d'une vulnérabilité constitutive ».<sup>33</sup> Celle-ci apparaît « comme une

---

<sup>27</sup> Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN. « Introduction. Qu'est-ce que le *care*? [...] », p. 25.

<sup>28</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 181.

<sup>29</sup> Ibid., p. 181.

<sup>30</sup> Joan TRONTO. « *Care* démocratique et démocraties du *care* », Traduit de l'anglais par B. Ambroise, dans Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN (dirs.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Éditions Payot et Rivages, 2009, p. 51.

<sup>31</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 8.

<sup>32</sup> Ibid., p. 8.

<sup>33</sup> Marie GARRAU. *Care et attention*, Coll. « Care Studies », Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p.53.

dimension irréductible d'un rapport au monde marqué par l'exposition à la "fortune" et la finitude. »<sup>34</sup>

L'analyse du *care* faite par Tronto déconstruit le mythe selon lequel les personnes sont entièrement autonomes et potentiellement égales. De fait, toute personne expérimente alternativement des périodes d'autonomie et de dépendance lors de son existence. D'ailleurs, la vulnérabilité met en relief le rapport d'asymétrie d'une relation de soin : par l'autonomie relative d'une personne et la vulnérabilité de l'autre. Tronto propose d'accéder à un type d'égalité qui peut naître de l'inégalité assumée dans une relation de soin. Dès lors, « le constat des inégalités deviendrait plus difficile à occulter. »<sup>35</sup> Subséquemment, ceci empêcherait que des frictions interpersonnelles dégénèrent en injustice.

La vulnérabilité constitue une des sources de l'asymétrie présente dans la relation de soin, l'autre source étant représentée par le pouvoir. Cependant, la vulnérabilité telle qu'elle est conceptualisée par les théoriciennes du *care* invite à ne pas entrer dans une logique de relations asymétriques parce que cette logique est celle de la hiérarchie, de l'affrontement et de la concurrence. La vulnérabilité appelle plutôt à une activité de *care*. Le *care* est préoccupé par les situations de vulnérabilité et d'inégalité engendrées entre les personnes. Le *care* transforme ces situations concrètes de la vie de tous les jours en un travail direct et concret sur le terrain. Du reste, la vulnérabilité se laisse découvrir par le biais des activités qui cherchent à lui répondre. « C'est en situation qu'elle doit être appréciée ».<sup>36</sup>

Élément caractéristique de l'existence, la vulnérabilité est la cause de la dépendance des uns envers d'autres. Ainsi, la vulnérabilité amène la personne à dépendre des activités de *care* d'autrui, c'est-à-dire de l'attention et des actions posées par d'autres personnes afin de satisfaire le besoin qui ébranle l'autonomie et dévoile la vulnérabilité. Abordons maintenant une seconde composante, celle de la dépendance pour analyser de plus près les liens qu'elle tisse au sein d'une relation asymétrique et son rapport avec le *care*.

---

<sup>34</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p.127.

<sup>35</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 215.

<sup>36</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 53.

### 2.1.2. La dépendance

Selon des théoriciennes du *care*, la vulnérabilité caractérise toute vie humaine. Elle amène à prendre soin de soi et à dépendre de l'attention et des soins des autres. Or, la vulnérabilité engendre la dépendance plutôt qu'une perte de capacité définitive. En fait, la vulnérabilité se prolonge dans des relations sociales de la dépendance, un type de relations qui lui est propre. Des auteurs de travaux sociologiques biaisent la signification de la dépendance en la dévalorisant par une conception négative. Certains vont jusqu'à penser que la dépendance est synonyme d'anormalité<sup>37</sup>. De leur côté, des théoriciennes du *care* ont développé une nouvelle approche de la dépendance. Chez elles, l'idée d'anormalité de la dépendance s'évanouit et disparaît de leur vocabulaire pour laisser place à un concept de dépendance relationnelle nécessaire à la continuité de la vie, à la poursuite de la vie. Cette conception féministe instruit et outille la personne soignante dans la gestion des difficultés propres aux relations de soin asymétriques, relations de la dépendance.

Nous sommes tous des « êtres par définition fragiles et dépendant-e-s. »<sup>38</sup> D'ailleurs, chacune, chacun se trouve au centre d'un réseau de relations de la dépendance. L'approche féministe de la dépendance propose des relations de la dépendance qui se distinguent des relations de domination. En effet, dans des relations, la dépendance suscite l'emprise et la puissance de l'environnement qui convergent vers la domination. Le dictionnaire *Le petit Robert* reconnaît deux définitions de la dépendance, à savoir le rapport positif qu'elle crée et l'asservissement<sup>39</sup>. Les théoriciennes du *care* développent cet aspect de la dépendance qui entretient et suscite des relations de solidarité plutôt que des relations de contrainte. Gilligan est en quelque sorte celle qui a changé la perspective de la question de la dépendance. La dépendance correspond à cet aspect ontologique de l'existence qui représente une connexion incontournable entre les personnes. Elle constitue une sorte de

---

<sup>37</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 16-17.

<sup>38</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 6.

<sup>39</sup> Alain REY, Josette REY-DEBOVE, Fabienne VERDIER et Paul ROBERT. *Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Nouvelle édition millésime 2018. Édition des 50 ans, 2017, p. 682.

lien qui nous rattache aux autres. Ainsi, selon Paperman, la dépendance crée des relations qui « composent la trame des vies concrètes, les façonnent ».<sup>40</sup>

Paperman juge que la dépendance n'est pas reconnue, et ce, malgré le fait qu'elle soit généralisée à tous les niveaux de la vie de chacune, chacun<sup>41</sup>. La dépendance rappelle la précarité de la vie. D'ailleurs, elle fait référence au concept de vulnérabilité : vulnérabilité du corps, mais aussi de l'identité lorsque la personne subit l'indifférence, le mépris ou l'humiliation<sup>42</sup>. Pour Tronto, les théoriciens du politique décrivent la dépendance comme étant une « destruction de la personnalité »<sup>43</sup>. Des gens qui sont dépendants « perdent la capacité de former des jugements pour eux-mêmes et se retrouvent à la merci de ceux dont ils dépendent. »<sup>44</sup> En effet, dans une société libérale, la dépendance est associée aux personnes qui semblent être des prestataires du *care*. La dépendance qui est liée à la vieillesse ou à la perte d'autonomie est perçue comme une incapacité et mène à une forme d'handicap. Cette perception stigmatise et exclut de la vie sociale les personnes âgées et/ou en perte d'autonomie. Il en va de même pour la dépendance économique et sociale des gens qui sont des assistés sociaux et des gens marginaux. La dépendance isole ces personnes et les rabaisse par rapport à la norme dominante de la personne salariée au sein de la société<sup>45</sup>. Une conception négative de la dépendance associe les relations de la dépendance à des catégories de population marginalisées, groupes exclus de la politique. Ces représentations négatives masquent l'importance et la valeur de la dépendance. Les réflexions des théoriciennes féministes du *care* éclairent la dépréciation de cette composante sur une « *conception courante de l'autonomie*, fallacieuse dans la mesure où elle repose sur un déni des relations multiples de la dépendance dans lesquelles les individus sont pris. »<sup>46</sup>

---

<sup>40</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 331.

<sup>41</sup> Ibid., p. 333.

<sup>42</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 14.

<sup>43</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 213.

<sup>44</sup> Ibid., p. 213.

<sup>45</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 37.

<sup>46</sup> Ibid., p. 30.

Tronto note que, dans une société libérale, la survalorisation de l'autonomie individuelle engendre l'autosuffisance. Ainsi, l'autonomie écarte la dépendance. Étant donné que la dépendance est perçue négativement, la recherche de l'autonomie individuelle à tout prix la confine à une sorte de « faiblesse intolérable »<sup>47</sup>. Dès lors, le désir et parfois l'illusion de ne pas dépendre des autres entraînent une perception discriminatoire envers les personnes vivant un état de dépendance. L'autonomie individuelle en fait un lieu pour exercer son pouvoir. De fait, Tronto soutient que « [l]es conceptions libérales de l'autonomie individuelle rejettent la dépendance, parce qu'elle implique que ceux qui se préoccupent des dépendants peuvent exercer un pouvoir sur eux. »<sup>48</sup> En fait, les théoriciennes du *care* refusent cette conception idéologique de l'autonomie, qui tend à déprécier la dépendance.

Dans toute théorie du *care*, la dépendance constitue une condition à laquelle personne n'échappe. La « vulnérabilité constitutive » entraîne la personne dans une existence qui fluctue entre dépendance et autonomie<sup>49</sup>. Cette caractéristique de la vie requiert une relation de *care*. Nous dépendons tous du travail de *care* mutuel pour accéder à des capacités ouvrant sur une forme d'autonomie. L'absence de *care* montre combien cette autonomie est relative à ce type de travail. Par la condition même de dépendance, l'autonomie perdue lors d'une situation de vulnérabilité se réactualise dans une relation de la dépendance. L'expérimentation de la relation de la dépendance révèle sa pertinence et sa profondeur. La dépendance ne se situe pas à l'opposé de l'autonomie, elle se présente davantage comme sa contrepartie. « La pensée de l'autonomie démocratique [dévalorise] les travaux de soins qui la rendent possible et la maintiennent ».<sup>50</sup> La position singulière des théories du *care* sur la question de la dépendance amène à redéfinir celle-ci comme étant une « *relation nécessaire et potentiellement positive* ».<sup>51</sup>

---

<sup>47</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 169.

<sup>48</sup> Ibid., p. 212.

<sup>49</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 126.

<sup>50</sup> Layla RAÏD. « *Care* et politique chez Joan Tronto », dans Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN (dirs.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Éditions Payot et Rivages, 2009, p. 84.

<sup>51</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 13.



Le travail de *care* dans une relation de soin asymétrique constituée par une situation de la dépendance cherche à répondre à la réalité de la dépendance de chacune, chacun. Tronto affirme que le *care* permet de surmonter la dépendance<sup>52</sup>. Paperman va dans le même sens et prétend que le *care* représente la réponse appropriée aux relations nouées autour de la dépendance<sup>53</sup>. Elle estime que les relations de la dépendance identifiées aux relations de *caring*, impliquent aucunement un rapport de domination. Dans ce contexte, la dépendance n'est plus synonyme de diminution et de marginalisation. Elle s'ouvre sur d'autres horizons, notamment sur l'autonomie à la manière du *care*.

Au cœur d'une relation de soin asymétrique, la dépendance sollicite un engagement plutôt qu'une réponse en rapport avec une question d'intérêt. Elle va au-delà de la simple satisfaction des besoins. La personne bénéficiaire de *care* ne peut être perçue comme un réceptacle des protocoles de soins professionnels. La relation de la dépendance cherche à redonner une autonomie à ce qui a été fragilisé ou peut-être même détruit.

Garrau, qui a étudié les travaux de Tronto, constate que cette dernière, à l'instar des philosophes Iris Young, Natalie Stoljar et Catriona MacKenzie, tend vers le concept d'une « autonomie relationnelle »<sup>54</sup>. Tronto réhabilite le concept de dépendance. Elle reformule le concept d'autonomie « dans les termes d'une autonomie relationnelle qui prenne [*sic*] en compte la constitution sociale des identités. »<sup>55</sup> Cette forme d'autonomie s'accomplit par la dimension relationnelle du *care*. Les personnes impliquées dans une relation de la dépendance expérimentent non pas l'indépendance de l'une par rapport à l'autre, mais la reconnaissance mutuelle qui conduit vers une relation équilibrée, juste et adéquate, et ce, quel que soit le degré d'asymétrie dans la relation de soin qui les unit. L'autonomie relationnelle demande l'attention des personnes qui pourvoient le soin et l'inclusion des personnes dépendantes à des projets de société<sup>56</sup>. Young établit une distinction entre cette

---

<sup>52</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 213.

<sup>53</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 328.

<sup>54</sup> Marie GARRAU. « Care (Éthiques et politiques du) », dans Vincent BOURDEAU et Roberto MERRILL (dirs.) *DicoPo*, mis en ligne le 28 mars 2008, (page consultée le 24 janvier 2015), p. 13 de 31. <https://www.dicopo.fr/spip.php?article101>.

<sup>55</sup> Ibid., p. 13 de 31.

<sup>56</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 37.

forme d'autonomie et l'autosuffisance. Pour cette philosophe, les situations de dépendances « laissent ouverte la possibilité d'une autonomie personnelle comprise comme capacité à définir ses buts et projets de vie sans subir la domination d'un tiers. »<sup>57</sup> Pour les théoriciennes du *care*, « le *care reçu* est une condition du développement de l'autonomie. »<sup>58</sup>

Par les gestes induits, une relation de la dépendance juste contribue à un sentiment de dignité, malgré la perte occasionnée par la fragilité. Elle restaure le sentiment d'un monde entre les personnes et contribue à tisser un lien d'appartenance à la société. Autrement dit, la dépendance crée des attachements considérables pour la vie humaine<sup>59</sup>. Gilligan fait valoir que « la vie [...] est fondée sur un lien d'attachement plutôt que sur un accord contractuel ». <sup>60</sup>

Nous avons étudié brièvement la vulnérabilité et la dépendance, deux états complices de la relation de soin asymétrique. La vulnérabilité d'une personne et la vulnérabilité des autres s'enchevêtrent pour construire un réseau de relations de dépendance. Les personnes ne peuvent subvenir seules à leurs besoins. La vie dépend du soutien qui provient de l'extérieur. Les liens interpersonnels et les échanges entre les personnes sont primordiaux. Ces composantes, conjuguées à l'interdépendance, cherchent à répondre de façon la plus juste possible à la demande de soin. Maintenant, explorons cette autre composante de la relation de soin asymétrique, à savoir l'interdépendance.

### 2.1.3. L'interdépendance

L'approche féministe du *care* va au-delà d'une redéfinition de la vulnérabilité et de la dépendance. La théorie du *care* montre que l'interdépendance traduit un lien essentiel entre les personnes elles-mêmes, d'une part, et entre ces dernières et divers éléments de notre monde, d'autre part. L'interdépendance représente une facette inséparable de la gestion de la relation de soin asymétrique. Quoiqu'elle semble moins discutée parmi les

---

<sup>57</sup> Ibid., p. 37.

<sup>58</sup> Ibid., p. 126.

<sup>59</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 334.

<sup>60</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p. 93.

théoriciennes du *care*, l'interdépendance tient au fait que les personnes ne sont jamais pleinement autonomes<sup>61</sup>. Dans sa critique sur l'autosuffisance, Young précise que celle-ci demeure hors d'atteinte dans un monde d'interdépendance<sup>62</sup>. Dans les milieux de soins, la prise en considération de l'interdépendance motive la personne soignante à accomplir la relation de soin asymétrique dans un souci de justice.

Les travaux de Gilligan montrent l'importance des relations humaines et du maintien de ces mêmes relations. L'éthique du *care* qui résulte des travaux de cette autrice redéfinit la personne comme un être de relation. La vie s'accomplit dans les rapports avec autrui. Gilligan affirme que « les gens [...] font partie d'un réseau de rapports humains. Chacun dépend, pour sa survie, de la continuité de ce réseau ».<sup>63</sup> Gilligan utilise l'image d'une trame humaine pour représenter les ramifications de ce réseau de relations humaines. Cette représentation offre une vision de la relation à autrui sous la forme d'un lien d'attachement. Dès lors, une relation hiérarchique se révèle problématique. « Quand on lui substitue celle de l'immense trame humaine, cette relation d'inégalité se transforme en une structure d'interdépendances. »<sup>64</sup> L'interdépendance désigne cette connexion entre les personnes. Elle appelle à agir de manière responsable envers soi et envers l'autre pour que se maintienne le réseau de relations<sup>65</sup>. La conception du *care*, telle qu'elle fut élaborée par Tronto, mobilise le répertoire des émotions, mais fait davantage appel à un *care* qui se diffuse dans une vision d'interdépendance. Le *care* s'ouvre à tout ce qui nous entoure dans notre monde.

Le *care* est partout et il est un élément si ubiquitaire de la vie humaine qu'il n'est jamais considéré pour ce qu'il est : l'ensemble des activités par lesquelles nous agissons pour organiser notre monde de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Lorsque nous examinons la manière dont nous menons effectivement notre vie, les activités du *care* sont centrales et omniprésentes. Le

---

<sup>61</sup> Dans une conférence intitulée *Who Cares? How to reshape a Democratic Politics* (2015), Tronto a ajouté une cinquième phase, *caring with*, au processus du *care* pour souligner sa dimension collective et collaborative (donc son aspect social, politique et démocratique de solidarité) et ainsi éloigner l'idée voulant que le *care* ne concernerait que les relations dyadiques de proximité.

<sup>62</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 35.

<sup>63</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Coll. « Champs Essais », Traduit de l'anglais par A. Kwiatek, Espagne, Flammarion, 2008 [1982], p. 58.

<sup>64</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p. 100.

<sup>65</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 239.

monde apparaît sous un jour vraiment différent lorsque nous commençons à prendre ces activités au sérieux.<sup>66</sup>

Dans ses réflexions sur le *care*, Tronto observe que les personnes passent leur vie à prendre soin d'elles-mêmes, des autres et du monde. Elle relie la personne à tous les éléments soutenant la vie. Selon Tronto, nous dépendons non seulement de l'attention d'autrui, mais aussi de ressources matérielles et de l'environnement de la planète. Toute composante de l'environnement d'une personne est sujette à la vulnérabilité et à la fragilité. Notre appartenance à un monde vulnérable constitue la raison d'être du lien indélébile avec l'interdépendance. Aux yeux de Tronto, prendre soin de soi, des autres et de notre monde constitue le meilleur moyen de respecter et de traiter de façon juste ce qui est affecté par la vulnérabilité<sup>67</sup>. La vie humaine se trouve valorisée quand nous habitons dans un monde où le *care* constitue l'agir moral<sup>68</sup>. Pour Tronto, la vie trouve sa pleine valeur dans les relations qui se mettent en place dans les pratiques de *care*. Lorsque le *care* occupera une place centrale dans la vie humaine, nous allons passer « du dilemme de l'autonomie ou de la dépendance à un sentiment plus élaboré de l'interdépendance humaine. »<sup>69</sup>

L'interdépendance crée un vivre ensemble par relations interindividuelles qui carburent selon une logique d'éléments entrelacés. Tronto mentionne qu'une société bonne, par ses relations individuelles et collectives, répond aux demandes de soin. Cette réponse va être élaborée « non pas à partir d'une conception des acteurs considérés comme autonomes, égaux et rationnels, poursuivant chacun des fins séparées, mais à partir de leur interdépendance, chacun d'eux demandant le *care* et le proposant de différentes façons ».<sup>70</sup> Pour Garrau et Le Goff, Gilligan aligne sa théorie de l'éthique du *care* sur la vie relationnelle d'une interdépendance assumée<sup>71</sup>. Cette théorie repose sur le soutien mutuel visant à favoriser un agir responsable. Gilligan soutient que la reconnaissance de nos dépendances

---

<sup>66</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 14.

<sup>67</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 20.

<sup>68</sup> Ibid., p. 20.

<sup>69</sup> Ibid., p. 141.

<sup>70</sup> Ibid., p. 219.

<sup>71</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 48.

mutuelles mène à une reconnaissance de nos responsabilités mutuelles<sup>72</sup>. En d'autres termes, l'interdépendance ouvre sur l'altérité.

Dans le contexte d'une relation de soin asymétrique, une relation de la dépendance peut difficilement être constituée de personnes se percevant comme étant des adversaires. Dans une activité qui recherche le bien-être d'autrui, un conflit sera résolu dans la non-violence puisque l'autre n'est pas vu comme un adversaire, mais comme une personne faisant partie d'un réseau de relations<sup>73</sup>. Dans la relation de soin, malgré les forces d'une personne et les faiblesses de l'autre ou en dépit des vulnérabilités présentes de part et d'autre, une prise de conscience du principe de l'interdépendance permet de susciter et de développer un sentiment de solidarité. Ce sentiment demeure essentiel pour des êtres de relations sensibles et responsables de ce qui les entoure. La sensibilité ouvre à la différence. La reconnaissance de la singularité passe par la sensibilité, qui, dans le *care*, « met au premier plan l'importance des liens d'interdépendance et du maintien des relations ».<sup>74</sup> L'interdépendance freine le développement des inégalités qui sont attribuables à l'asymétrie d'une relation de soin.

En réponse au problème de l'asymétrie du *care*, Tronto réinterprète donc le principe de réciprocité démocratique en termes d'interdépendance de personnes vulnérables. L'interdépendance rétablissant la symétrie, on répond au problème d'une asymétrie, qui rendrait en effet, si non complétée, impossible la fondation d'un lien démocratique, et ferait retour vers une forme ou une autre de communautarisme.<sup>75</sup>

L'interdépendance écarte l'utilisation d'avantages biaisés tels que les privilèges, les inégalités, la domination, la hiérarchie ou l'oubli de soi. L'éthique du *care* dissocie le sacrifice de soi des relations de la dépendance. Le bien-être d'autrui réclame la recherche d'un équilibre dans l'offre de *care*. Les besoins de chacune des personnes qui sont parties prenantes de la relation de soin doivent être pris en considération. Dans une relation d'interdépendance, le souci de justice se concrétise par la solidarité entre les personnes. D'ailleurs, une relation de soin asymétrique qui prend place dans un climat

---

<sup>72</sup> Ibid., p. 47.

<sup>73</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p. 54-55.

<sup>74</sup> Patricia PAPERMAN. *Care et sentiments* [...], p. 32.

<sup>75</sup> Layla RAÏD. « *Care* et politique chez Joan Tronto [...] », p. 84.

d'interdépendance implique pour la personne qui soigne d'aller vers la personne qui est soignée en utilisant une approche qui ne suit pas une logique de hiérarchisation. La reconnaissance de l'interdépendance dispose à ce que le travail de *care* soit accompli dans un souci de non-domination : « [l]a non-domination est en effet un bien social qui ne peut se réaliser que dans un contexte d'interdépendance. »<sup>76</sup> L'interdépendance rend sensible à la coexistence pacifique des vulnérabilités des personnes. La relation asymétrique paraît réconciliable à partir de l'interdépendance des personnes.

## Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons examiné l'une après l'autre les trois composantes de la relation de soin asymétrique afin de mieux comprendre cette relation. La dépendance, la vulnérabilité comme l'interdépendance, constituent l'essence de la vie. La profondeur humaine se dévoile à travers l'expérimentation de ces composantes dans une relation de soin asymétrique. Le *care* constitue la voie pour accéder à la richesse voilée de ces trois composantes. Les théoriciennes du *care* s'accordent pour dire que la dépendance, semblable à la vulnérabilité, est discréditée dans les sociétés occidentales, où l'autonomie et l'indépendance sont considérées comme des symboles de réussite. Une relation de soin asymétrique qui s'inspire des principes définissant le *care* cherche à éviter que l'état de dépendance bascule vers des rapports de hiérarchie ou de domination ou vers une situation de maltraitance. Les composantes de la relation de soin asymétrique mènent à considérer les « éléments éthiques du *care* » dans l'exercice du soin. Les qualités morales qui sont spécifiques à l'éthique du *care* : « l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse »<sup>77</sup> qui feront l'objet du prochain chapitre, prédisposent à l'engagement : un engagement non seulement rationnel ou sentimental, mais aussi et surtout nécessaire. Selon Svandra, « si le soin s'adresse au corps, il vise bien l'autre comme fin en soi et le considère en premier lieu dans sa possibilité d'être. »<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Marie GARRAU et Alice LE Goff. *Care, justice et dépendance* [...], p. 150-151.

<sup>77</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 173.

<sup>78</sup> Philippe SVANDRA. « Nature et formes du soin [...] », p. 127.

## **CHAPITRE 3**

### **« LES QUATRE ÉLÉMENTS ÉTHIQUES DU *CARE* »<sup>1</sup>**

#### **Introduction**

Les femmes ont contribué à l'entretien de notre monde par l'apport considérable des tâches qui sont liées aux soins. L'expertise qu'elles ont développée et la connaissance du monde qu'elles ont acquise par l'entremise des activités de soin se situent à la source de l'éthique du *care*. Cependant, la féminisation de la morale formulée « d'une voix différente », l'idée d'une morale proprement féminine pour certains, relègue la théorie du *care* à l'écart du domaine public<sup>2</sup>. Selon Tronto, le rapprochement entre la « moralité des femmes » et l'éthique du *care* la condamne au rejet<sup>3</sup>. Dans ce 3<sup>e</sup> chapitre, nous voyons que Tronto, dans ses réflexions sur l'exercice des soins prodigués par les femmes, identifie « les quatre éléments éthiques du *care* : l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse. »<sup>4</sup> Ces attitudes éthiques conduisent toute personne soignante à mieux gérer les rapports hiérarchiques et de domination possibles dans la relation de soin asymétrique. Elles mènent à une relation de *care*, relation qui tend vers une « justice véritable » envers l'expérience de vulnérabilité.

#### **3.1. L'attention**

Dans tous les milieux de soins, les personnes soignantes vaquent au quotidien à leur pratique professionnelle. Les pratiques de pointe, la productivité et le contrôle de l'efficacité affectent l'attention des personnes soignantes dans le cadre de leurs relations professionnelles. Les besoins des personnes soignées, comme les besoins matériels ou celui d'un désir de relation, exigent de l'attention. L'éthique du *care* demande d'être attentif aux autres et prône une attention orientée vers la personne et non pas seulement vers le

---

<sup>1</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 173.

<sup>2</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Préface à la nouvelle édition [...] », p. 12.

<sup>3</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 171.

<sup>4</sup> Ibid., p. 173.

problème. Gilligan considère que l'attention peut être suscitée et motivée par la prise de conscience du lien qui unit les personnes entre elles. Le sentiment d'interdépendance stimule la personne à poser des actions et des gestes qui sont favorables à cette réalité propre de l'existence. Pour sa part, Tronto affirme que l'attention conduit à identifier un besoin<sup>5</sup>. Elle initie une relation de *care*<sup>6</sup> où l'attention éveille le souci de l'autre pendant la durée du processus de soin<sup>7</sup>. Cette attention écarte un rapport de pouvoir injuste et guide la personne soignante à offrir une réponse ajustée aux besoins exprimés par la personne soignée pour que celle-ci puisse mieux vivre.

Laugier résume bien la notion de *care* lorsqu'elle affirme que « [l]e *care* est d'abord l'attention à cette vie humaine ordinaire. »<sup>8</sup> Cette vie est imprégnée d'une vulnérabilité qui demande de l'attention dans une perspective de soin. De fait, Tronto conçoit le monde comme « un ensemble de personnes prises dans des réseaux de *care* et engagées à répondre aux besoins de *care* qui les entourent. »<sup>9</sup> Pour sa part, Paperman ajoute que « la relation constitue la figure centrale à partir de laquelle l'agent moral perçoit le besoin et répond à la perception de ce besoin. »<sup>10</sup> Cependant, il arrive parfois que des besoins soient ignorés. Une personne peut se trouver devant une autre personne sans que son vis-à-vis perçoive sa présence. Pour répondre à un besoin, c'est-à-dire pour réagir à la demande de soin faite par une autre personne, « il faut voir cette personne en détail, dans un mouvement psychique d'attention diamétralement opposé à celui de l'indifférence, il faut "lire dans ses pensées", deviner et anticiper ses moindres besoins. »<sup>11</sup> À ce propos, Molinier prétend que « ce qui nous indiffère n'a généralement pas beaucoup de présence cognitive ou affective; on n'y pense pas, on s'en fiche. »<sup>12</sup>

---

<sup>5</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 173.

<sup>6</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 50.

<sup>7</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 173-177.

<sup>8</sup> Sandra LAUGIER. « Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire » dans Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN (dirs.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Éditions Payot et Rivages, 2009, p. 165.

<sup>9</sup> Joan TRONTO. « *Care* démocratique et démocraties du *care* [...] », p. 39.

<sup>10</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 324.

<sup>11</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* Coll. « Le genre du monde », Paris, La Dispute, 2013, p. 127.

<sup>12</sup> Ibid., p. 67.



L'attitude d'attention empêche de voir certaines personnes comme étant marginales et de prendre en considération certaines différences entre les protagonistes de la relation de soin. Le travail de *care* qui s'accomplit sur le terrain des relations asymétriques concerne des situations exposées à des conflits par la dimension subjective et morale des personnes. Selon les autrices Paperman et Molinier, « cette dimension n'est pas standardisable; [...], l'attention est particularisée, au sens où elle émane d'une personne singulière envers une autre personne, [...], de façon nécessairement différenciée par rapport à une autre relation ».<sup>13</sup> Ainsi, le *care* démocratique évolue dans une logique de « rencontre attentive »<sup>14</sup>. Dans la perspective du *care*, la disposition de l'attention de la personne soignante devient sensibilité à la particularité d'une situation<sup>15</sup>. En d'autres termes, cette attention prédispose la personne soignante à se laisser atteindre par la situation de la personne soignée.

Pour une personne soignante, l'attention éthique entraîne la mise en attente de ses propres préoccupations pour créer un espace propice à la disponibilité envers autrui. Tronto relève certains propos de la philosophe Simone Weil. Celle-ci pense que l'attention dirigée vers autrui requiert une pensée libre pour recevoir la personne dans sa singularité<sup>16</sup>. Tronto croit que cette analyse surestime le vide de l'esprit, mais elle admet que « nous devons suspendre nos objectifs personnels, nos ambitions, nos projets de vie et nos préoccupations pour être attentifs aux autres. »<sup>17</sup> La disponibilité facilite la proximité et le rapprochement. Ce dernier suscite l'émergence d'une relation singularisée, « favorisant de la sorte une attention particularisée aux besoins de la personne soignée ».<sup>18</sup> Molinier reconnaît que le rapprochement permet de protéger la qualité de la relation malgré les émotions gênantes et dérangeantes que la relation peut occasionner. « Ainsi ce travail de rapprochement, de création de relations personnalisées sur le modèle des "*relations épaisses*", protège-t-il de la

---

<sup>13</sup> Patricia PAPERMAN et Pascale MOLINIER. « Présentation. Désenclaver le care? », dans Carol GILLIGAN, Arlie HOCHSCHILD et Joan TRONTO. *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care?*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2013, p. 27.

<sup>14</sup> Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN. « Introduction. Qu'est-ce que le care? [...], p. 27.

<sup>15</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 50.

<sup>16</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 174.

<sup>17</sup> Ibid., p. 174.

<sup>18</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 119.

répulsion occasionnée par le contact avec les urines, les excréments, les flétrissures du corps, favorisant de la sorte une attention particularisée aux besoins de la personne soignée [...] ».<sup>19</sup> En fait, « [s]ans attention particularisée, pas de vie humaine qui soit possible. »<sup>20</sup>

L'attention éthique s'inscrit dans la reconnaissance des réalités diverses et particulières de la vie d'autrui. Les particularités d'une situation donnée renseignent sur l'état de la vulnérabilité qui engendre la dépendance puisqu'un besoin spécifique demande à être satisfait. L'attitude d'attention imprégnée d'une sensibilité à une situation n'en reste pas à l'inactivité. Passive dans la phase de reconnaissance de son implication, elle devient active par une aptitude à percevoir différents éléments de la situation en cause et la cohérence entre ces mêmes éléments<sup>21</sup>.

Une attitude attentionnée du *care* cherche à déceler et à clarifier le besoin qui se laisse examiner et « donnerait déjà forme à la réponse. »<sup>22</sup> Selon Molinier, « [l]'attention est interprétation. [...] Et l'interprétation, c'est une intention. »<sup>23</sup> Il s'agit d'une volonté de répondre à un besoin qui demande temps, attention, observation. À ce propos, Laugier suggère que « [l]e *care* se définirait à partir de cette attention spécifique à l'importance *non visible* des choses et des moments ».<sup>24</sup>

Dans la pratique de l'éthique du *care*, « le geste et l'attention ne peuvent faire l'objet de descriptions ou d'interprétations disjointes ».<sup>25</sup> La perception des expériences concrètes de l'autre et de ses besoins conduit vers l'imagination d'un scénario, vers l'interprétation des spécificités du besoin pour l'accomplissement adapté d'un acte, d'un geste ou d'une parole. L'attention de la personne soignante suscite la liberté d'expression chez la personne

---

<sup>19</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 119.

<sup>20</sup> Ibid., p. 35.

<sup>21</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 50.

<sup>22</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 75.

<sup>23</sup> Ibid., p. 75.

<sup>24</sup> Sandra LAUGIER. « Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire [...] », p. 174.

<sup>25</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 120.

soignée<sup>26</sup>. Dans une relation de *care*, un climat de confiance s'installe entre les protagonistes, qui conduit « à un côtoiement et au partage d'un faire ensemble. »<sup>27</sup> En fait, l'attitude d'attention se manifeste par une présence active d'échange avec autrui dans sa différence. Selon Tronto, « le *care* implique une forme de relation active ».<sup>28</sup> L'éthique du *care* constituerait en quelque sorte la pratique d'une théorie de « l'attention particularisée ».

La notion de *care* s'applique par « une attention soutenue à l'égard d'autrui ».<sup>29</sup> Au contraire, l'inattention ignore les préoccupations de l'autre. Ainsi, Tronto croit que la préoccupation des autres constitue « la qualité morale la plus difficile à instaurer en pratique. »<sup>30</sup> Elle affirme aussi que « l'inattention est la réticence que nous avons à orienter notre attention vers les autres. »<sup>31</sup> Une relation de soin asymétrique qui s'effectue sans attention risque de causer des dérapages attribuables aux inégalités de pouvoir existant dans ce type de relation. Dans le travail de *care*, l'attention éthique envers autrui détourne de la tentation de dominer et de marginaliser. L'attention qui relève d'une attitude éthique pose un regard dénué de jugement, elle singularise l'autre. L'attention devient alors « cet art de l'ajustement à des situations toujours particulières qui caractérise ce qu'on appelle, le *care* ».<sup>32</sup>

Le *care* représente la valeur du bien-être d'autrui qui passe par l'attitude de l'attention. Celle-ci se révèle dans la reconnaissance et l'observation intelligente d'un besoin. Dans l'éthique du *care*, l'attention à la personne, à son histoire et à sa situation consiste à dévoiler son besoin. Dans un travail de *care*, l'attention entame une réponse ingénieuse, concrétisée et adaptée à la situation. L'attention oriente la personne soignante vers la responsabilité de prendre en charge le besoin décelé.

---

<sup>26</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 61.

<sup>27</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 159.

<sup>28</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 146.

<sup>29</sup> Sandra LAUGIER. « L'éthique d'Amy : le care comme changement de paradigme en éthique », dans Vanessa NUROCK (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Coll. « Débats philosophiques », Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 68.

<sup>30</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 177.

<sup>31</sup> Ibid., p. 176.

<sup>32</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 80.

### 3.2. La responsabilité

Les relations interpersonnelles constituent la réalité et la singularité de notre monde. Comme nous l'avons rapporté précédemment, Gilligan soutient que l'interdépendance en tant que structure sociale des rapports entre les personnes amène ces dernières à percevoir la nécessité de répondre aux besoins des autres et d'agir de manière responsable envers autrui<sup>33</sup>. L'entretien de notre monde passe non seulement par une attitude d'attention, mais aussi par une attitude de responsabilisation. La responsabilité individuelle et collective, qui consiste à prendre en charge les relations de la dépendance découlant d'une « vulnérabilité constitutive », se profile dans l'éthique du *care* telle qu'elle est définie par Tronto.

Tronto se réfère aux travaux de la philosophe Soran Reader<sup>34</sup> pour préciser la conception d'une responsabilité relationnelle. « Dans ce modèle, c'est la relation, le fait d'être en relation, qui crée la responsabilité. »<sup>35</sup> La rencontre avec un être ou un objet, avec tout élément soutenant la vie, crée une relation. Selon Reader, une relation se noue, une relation se développe. La relation fonde les responsabilités des personnes les unes envers les autres, elle demande une réponse.

Les relations qui engendrent des responsabilités à l'égard des autres tissent un grand nombre de relations dans la vie quotidienne<sup>36</sup>. Nous pensons plus précisément aux relations interpersonnelles ou de proximité, aux relations collectives et aux relations avec des gens au-delà des frontières nationales. La conscience d'une responsabilité envers autrui, d'un souci de son bien-être, émane du lien profond de la relation. Tronto privilégie « une conception relationnelle de la responsabilité »<sup>37</sup>. Dans cette perspective, nous utilisons la notion définie par Nussbaum de « vulnérabilité constitutive » de l'ensemble des personnes, qui conduit chacune d'elles à entrer en relation avec les autres. Ainsi, « le

---

<sup>33</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 57.

<sup>34</sup> Patricia PAPERMAN et Pascale MOLINIER. « Présentation. Désenclaver le *care*? [...], p. 17.

<sup>35</sup> Ibid., p. 16.

<sup>36</sup> Joan TRONTO. « Particularisme et responsabilité relationnelle en morale : une autre approche de l'éthique globale », dans Carol GILLIGAN, Arlie HOCHSCHILD et Joan TRONTO, *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care?*, Paris, Éditions Payot et Rivages, 2013, p. 106.

<sup>37</sup> Ibid., p. 111.

caractère constitutif et commun de cette vulnérabilité »<sup>38</sup> entraîne la personne dans « un réseau de relations dont découlent des responsabilités. »<sup>39</sup> Cette façon d'aborder la responsabilité semble protéger « contre une approche substantielle de la responsabilité »<sup>40</sup>. Dans cette perspective, la responsabilité envers les autres, plus particulièrement pour les personnes qui sont éloignées de nous géographiquement ou socialement, découle du fait d'une humanité commune<sup>41</sup>. Cette approche universaliste et traditionnelle valide l'analyse des personnes qui pourvoient le soin. Dans « une conception relationnelle de la responsabilité », la personne qui offre le soin s'attarde à la singularité de chaque situation, aux attentes et aux désirs des personnes soignées pour apporter une réponse ajustée au besoin.

Dans le *care*, la responsabilité représente un acte collectif<sup>42</sup>. La mise en place du travail de *care* demeure une responsabilité sociale, voire un enjeu politique<sup>43</sup>. Le matériel approprié et l'accessibilité au matériel nécessaire pour donner une réponse aux besoins deviennent une responsabilité sociale. Ainsi, « le *care*, tel que le définit Tronto, se déploie au cœur d'actions et de responsabilités collectives. »<sup>44</sup> Pour sa part, Molinier considère que « le *care* est le produit d'un effort collectif, d'une culture du soin, laquelle est contingente et peut disparaître. »<sup>45</sup> La voix des personnes qui pourvoient le *care*, la description de leur expérience et de leurs activités de soin doivent être prises en considération par les institutions et les instances politiques. Ces personnes sont en mesure d'identifier et de formuler les conditions spécifiques à leur travail de *care* afin que ce travail se fasse de façon satisfaisante<sup>46</sup>. Ces conditions, qu'elles soient d'ordre matériel, organisationnel ou moral, se répercutent sur les bénéficiaires du *care*. À ce sujet, Garrau mentionne ceci : « Tronto montre ainsi que l'organisation inégalitaire des activités de *care* ne pèse pas

---

<sup>38</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 53.

<sup>39</sup> Joan TRONTO. « Particularisme et responsabilité relationnelle en morale [...] », p. 111.

<sup>40</sup> Patricia PAPERMAN et Pascale MOLINIER. « Présentation. Désenclaver le *care*? [...] », p. 16.

<sup>41</sup> Joan TRONTO. « Particularisme et responsabilité relationnelle en morale [...] », p. 106.

<sup>42</sup> Joan TRONTO. *Le risque ou le care?*, Traduit de l'américain par F. Brugère, Coll. « Care Studies », Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p. 33.

<sup>43</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 60.

<sup>44</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 8.

<sup>45</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 354.

<sup>46</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 40.

uniquement sur les pourvoyeurs de *care* mais compromet la possibilité pour les bénéficiaires de faire l'objet d'un *care* adéquat, c'est-à-dire de voir leurs besoins particuliers pris en considération.»<sup>47</sup> De son côté, Kittay propose un principe de responsabilité sociale qui est issu d'une justice qui prend en compte la dépendance. Ce principe requiert tout autant que les institutions rendent accessibles aux personnes qui dispensent le *care* les ressources et les opportunités permettant d'établir des relations de la dépendance appropriées et de satisfaire les besoins spécifiques de *care*<sup>48</sup>. De fait, dans le travail du *care*, la responsabilité se manifeste dans des pratiques culturelles qui s'incarnent dans un monde pluraliste.

La responsabilité ne peut pas être définie par l'idée d'obligation. Les relations évoluent dans des contextes différents et ne renvoient pas aux mêmes notions<sup>49</sup>. Sur ce point, Tronto mentionne « qu'il nous est plus utile de nous centrer sur une idée flexible de la responsabilité que de continuer à recourir à celle d'obligation pour fonder notre compréhension de ce que nous devrions accomplir les uns pour les autres. »<sup>50</sup> Il n'en demeure pas moins que certaines personnes conçoivent la relation de soin comme un devoir, une obligation morale. Cependant, cette conception risque fort de faire déraiser la relation de soin. Gilligan abonde dans le même sens. Cette autrice accorde une importance particulière à une notion de responsabilité où celle-ci va au-delà de la description d'un simple agir visant à satisfaire un ensemble de normes. L'obligation morale « justifie l'autodestruction au nom de la responsabilité envers autrui ».<sup>51</sup> Dans le *care*, la dimension de responsabilité incite la personne soignante à choisir de s'engager consciencieusement et librement dans une relation de la dépendance avec la personne soignée.

Le concept de responsabilité qui a été développé par Gilligan fait appel à une morale centrée sur les rapports et le lien entre les personnes<sup>52</sup>. Les vies des gens étant liées les unes aux autres, la représentation de cette « morale de la responsabilité » ne s'aligne pas

---

<sup>47</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 59-60.

<sup>48</sup> Marie GARRAU et Alice, LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p.123.

<sup>49</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 178.

<sup>50</sup> Ibid., p. 179.

<sup>51</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 142.

<sup>52</sup> Ibid., p. 41.

vers un « je » et un « tu » qui sont séparés et opposés. Cette morale est plutôt orientée vers des existences humaines qui sont différentes mais unies par un lien d'interdépendance<sup>53</sup>. La « morale de la responsabilité » s'inscrit dans la perspective « d'une vie collective »<sup>54</sup>. Cette conception de la morale concerne le *care* et consiste en l'impératif « d'agir de manière responsable envers soi-même et les autres et de maintenir ainsi un réseau de relations humaines. »<sup>55</sup> Ainsi, pour une personne, prendre soin d'une autre personne est un choix délibéré et consciencieux par sa préoccupation de l'autre, choix qui désapprouve toute exploitation et tout mal infligé<sup>56</sup>.

Dans les pratiques féminines, le soin prédispose au sacrifice de soi. Pour Gilligan, la perspective morale du sacrifice de soi engendre un déplacement de la responsabilité chez la femme. Elle s'imagine responsable des actions des autres et attribue à autrui la responsabilité de ses choix. À ce propos, Gilligan mentionne que la bonté féminine est souvent synonyme d'oubli de soi au profit du soin des autres. Cette « inégalité illogique entre soi et les autres »<sup>57</sup> vient de la confusion entre la notion du *care* et la conception du sacrifice de soi. « L'affirmation de soi devient potentiellement immorale, car elle a le pouvoir de faire mal. »<sup>58</sup>

Comme le dit l'une des femmes ayant participé à une enquête menée par Gilligan, la prescription morale de ne pas nuire à l'une ou l'autre des personnes dans une relation exige jugement et choix. « "Être moral, c'est faire ce qui est approprié et juste dans les limites de ses possibilités" ». <sup>59</sup> Dès lors, la personne soignante prend la responsabilité de s'occuper de l'autre ou décide de se retirer. Le soin comme sacrifice de soi n'entre pas dans la logique féministe du *care*. Pour Gilligan, le *care* n'est aucunement la négligence de soi. En réalité, Gilligan intègre au principe de responsabilité un autre principe, celui « d'un besoin

---

<sup>53</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 235.

<sup>54</sup> Ibid., p. 235.

<sup>55</sup> Ibid., p. 239.

<sup>56</sup> Ibid., p. 123.

<sup>57</sup> Ibid., p. 122-123.

<sup>58</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p.128-129.

<sup>59</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 154.

d'intégrité personnelle »<sup>60</sup>. Tronto estime que, le problème moral du dévouement jusqu'au sacrifice vécu par certaines femmes fait que d'autres personnes hésitent à s'engager envers autrui. Tronto affirme que « la motivation est une question fondamentale dans la théorie morale contemporaine ».<sup>61</sup>

Le *care* se distingue d'un comportement centré sur le sacrifice qui détruit la personne et la maintient dans un principe de survie. Dans une relation interpersonnelle, la non-violence et l'interdiction de nuire passent par une égalité morale entre les personnes faisant partie de la relation. « La sollicitude [*care*] devient une injonction universelle, une éthique personnellement choisie qui, libérée de son interprétation conventionnelle, entraîne une reconstruction du dilemme qui permet de prendre la responsabilité de son libre arbitre. »<sup>62</sup> D'ailleurs, pour les théoriciennes féministes, l'oubli et le sacrifice de soi mènent vers « un sentiment de duperie et de colère »<sup>63</sup>, ce qui provoque inévitablement des frictions avec l'entourage. En conséquence, il est plausible que la personne en cause transfère sa propre colère sur l'autre personne ou sur les gens qui accompagnent cette personne. Autrement dit, la personne qui tient compte de ses propres besoins ou qui parvient à « considérer ses propres intérêts comme légitimes »<sup>64</sup> développe des relations qui s'inscrivent dans une dynamique d'interdépendance<sup>65</sup>.

Le travail du *care* exige que la personne soignante aménage son horaire professionnel afin de dégager un espace-temps pour ses propres besoins. Dans les milieux de soins, lorsque les ressources humaines sont insuffisantes, certaines personnes se retrouvent dans l'obligation d'augmenter le nombre d'heures de travail. Elles sont souvent confrontées à la résistance de personnes soignées qui gèrent difficilement leur condition de dépendance. La relation de soin court le danger d'en être affectée. L'asymétrie d'une relation de la responsabilité ne devrait pas représenter un risque pour les personnes vulnérables, mais

---

<sup>60</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 264.

<sup>61</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 189.

<sup>62</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 147.

<sup>63</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 177.

<sup>64</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente* [...], p. 238.

<sup>65</sup> Ibid., p. 239.



une condition de la responsabilité. Un agir irresponsable entraîne des conséquences pour toutes les personnes de la relation<sup>66</sup>.

Puisées dans l'éthique du *care* de Tronto, les attitudes que sont l'attention et la responsabilité amènent la personne soignante à porter une attention plus active à la personne soignée en vue d'une réponse matérielle et relationnelle dans un souci de justice. Pour Tronto, la responsabilité individuelle et la responsabilité sociale engagent à « prendre en charge » de manière responsable les besoins identifiés dans notre monde. Pour Gilligan, le fait d'être moralement responsable « signifie être sensible aux besoins d'autrui et agir en conséquence quand on peut faire quelque chose et que l'on sait que les autres comptent sur vous. »<sup>67</sup> Les attitudes éthiques du *care* contribuent à rendre plus humaine la relation de soin asymétrique dans laquelle un déséquilibre de pouvoir se fait ressentir entre les personnes impliquées. Dans un travail de *care*, outre l'attention et la responsabilité, la compétence qui représente un troisième « élément éthique du *care* » incite la personne soignante à exercer un *care* adéquat.

### 3.3. La compétence

Prendre soin d'une personne, c'est traiter, agir par des actes plus ou moins techniques afin de subvenir à ses besoins matériels, physiques ou psychiques. C'est aussi se préoccuper de l'existence et de la condition de vulnérabilité pour faire en sorte que cette personne puisse « vivre aussi bien que possible » dans notre monde. Dans les milieux de soins, la personne soignante possède des compétences professionnelles pour soulager, réparer, traiter et guérir la personne soignée. Une attitude d'indifférence ou de condescendance de la part de la personne soignante suscite des rapports d'exploitation et de domination. Selon Molinier, « [l]e *care* est une zone névralgique de conflits, de tensions, de tiraillements, d'ambivalence ».<sup>68</sup> L'éthique du *care* définit les situations morales en termes de relation de

---

<sup>66</sup> Patricia PAPERMAN et Pascale, MOLINIER. « Présentation. Désenclaver le *care*? [...] », p. 17-18.

<sup>67</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p.88.

<sup>68</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 11.

*care*<sup>69</sup>. Elle motive la personne soignante à développer une compétence éthique dans sa pratique quotidienne.

Tronto estime que cette forme de compétence « en tant que notion morale »<sup>70</sup> implique de dispenser un *care* adéquat avec la conscience de réussir. La compétence morale consiste à se tourner vers l'autre et à entreprendre une relation d'échange qui offre à cet autre l'occasion de raconter son histoire et d'exprimer ses besoins. Elle conduit en quelque sorte vers une préoccupation intellectuelle et morale, à savoir la préoccupation pour les personnes et la préoccupation pour les besoins. Dans une relation de soin, les déséquilibres de pouvoirs influent sur la délibération de la personne en autorité. Une morale qui se traduit par l'application de règles générales et abstraites prédéterminées « conduit à se fermer aux préoccupations morales et aux conditions véritables de la vie des "autres" ».<sup>71</sup> L'attitude éthique de la compétence s'aligne sur une morale contextuelle qui recourt à la raison et à un raisonnement basé sur l'expérience humaine des personnes impliquées.

Selon Tronto, cette position morale contextuelle diffère de la théorie morale kantienne, laquelle « consiste en un ensemble de principes moraux rationnellement choisis après examen de principes concurrents. »<sup>72</sup> Une théorie morale contextuelle permet d'obtenir un portrait plus complet de la situation et du sujet. Elle recourt à l'imagination des personnes pour déterminer l'acte approprié et pour répondre à la complexité de la situation. Tronto se réfère à une morale « dans les termes de Dorothy Emet, à des "considérations sur ce qu'il nous semble important de faire et de quelle manière; la conduite de nos relations avec les autres; la conscience et la disposition à adopter une attitude critique à l'égard de ce que, fondamentalement, nous approuvons ou désapprouvons" ».<sup>73</sup> Les pratiques matérielles et relationnelles du *care* émergent de l'attention, de la responsabilité de même que de la perception des dynamiques de l'évolution et des situations toujours singulières. Pour Laugier, la morale qui pourrait constituer l'éthique du *care* correspond à l'attention et à la

---

<sup>69</sup> Joan C. TRONTO. « Au-delà d'une différence de genre [...] », p. 64.

<sup>70</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 179.

<sup>71</sup> Ibid., p. 42.

<sup>72</sup> Joan C. TRONTO. « Au-delà d'une différence de genre [...] », p. 63.

<sup>73</sup> Dorothy EMMET. *The Moral Prism*, New York, St-Martin's Press, 1979, p7/173, ouvrage non lu, cité par Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 33.

perception de la dimension invisible des choses et aussi à la signification qui émerge des moments d'une situation de vulnérabilité<sup>74</sup>.

Laugier circonscrit la compétence morale à partir de la littérature telle que nous la retrouvons au cinéma ou dans les romans, et ce, selon les analyses de Nussbaum et de la philosophe Cora Diamond, entre autres. Pour Nussbaum, la morale est affaire de perception et d'attention, et non pas d'une logique argumentative<sup>75</sup>, tandis que la philosophie morale étudie les concepts généraux permettant de « juger, [d']argumenter et [de] choisir. »<sup>76</sup> La compétence morale dépasse l'ordre des connaissances ou du raisonnement. Le *care* représente une sensibilité et cette sensibilité ne se rapporte pas tant au sentiment qu'à la perception<sup>77</sup>. Nussbaum invite à percevoir une situation morale à la manière de « la lecture aimante et attentive de romans ».<sup>78</sup> Dans un roman, l'auteur façonne la sensibilité de son lecteur en lui rendant saisissable telle ou telle situation. Pour sa part, Diamond se rallie à l'idée d'une aventure de la vie morale<sup>79</sup>. Elle insiste sur l'arrière-plan d'une situation où se joue l'action, un arrière-plan qui attire l'attention et dévoile ce qui importe, rendant ainsi possible la perception morale<sup>80</sup>. Cette forme de perception demeure active puisqu'elle est constamment en évolution avec la situation. Selon Laugier, la compétence éthique se définit « en termes de perception affinée et agissante »<sup>81</sup>, la question éthique étant « fondée sur une perception fine et intelligemment éduquée. »<sup>82</sup>

Ainsi, la compétence morale constitue un champ d'apprentissage, en l'occurrence « [l]'apprentissage de la perception [des] possibilités ».<sup>83</sup> Elle représente une forme de sensibilité qui prédispose à une lecture plus appropriée de ce que la personne exprime à

---

<sup>74</sup> Sandra LAUGIER. « *Care* et perception [...] », p. 363.

<sup>75</sup> Ibid., p. 365.

<sup>76</sup> Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN. « Introduction. Qu'est-ce que le *care*? [...] », p. 24.

<sup>77</sup> Sandra LAUGIER. « *Care* et perception [...] », p. 360.

<sup>78</sup> Martha NUSSBAUM. « La littérature comme philosophie morale » dans Sandra LAUGIER (dir.), *Éthique, littérature, vie humaine*, Coll. « Éthique et philosophie morale », Paris, Presses Universitaires France, 2006, p. 26-27 cité par Sandra LAUGIER. « *Care* et perception [...] », p. 384.

<sup>79</sup> Sandra LAUGIER. « *Care* et perception [...] », p. 384.

<sup>80</sup> Ibid., p. 365.

<sup>81</sup> Ibid., p. 365.

<sup>82</sup> Ibid., p. 365.

<sup>83</sup> Ibid., p. 366.

partir de la particularité de sa situation. De cette manière, « la bonne réponse est toujours particulière et ne peut être définie à priori. »<sup>84</sup> Dans sa réflexion, Gilligan croit que la sensibilité du *care* demeure une ressource morale pour l'attention aux particularités et cherche à conserver la pérennité de la relation.

Dans l'ouvrage collectif ayant pour titre *Le souci des autres Éthique et politique du care*, la contribution de Marilyn Friedman aide à mieux comprendre le champ de la morale dans le *care*<sup>85</sup>. Cette philosophe soutient que, dans la perspective du *care* qui est définie par Gilligan, « cette notion [le *care*] implique l'idée de traitement juste. »<sup>86</sup> Selon Friedman, le *care* est « un engagement moral orienté vers la personne plutôt que fondé sur l'observation de règles. »<sup>87</sup> Dans le *care*, l'attention portée à l'intégrité et à la spécificité des personnes est d'une importance primordiale<sup>88</sup>. Tronto soutient que « dans la perspective du *care*, les individus sont supposés se trouver dans un état d'engagement moral plutôt que dans une attitude de détachement. »<sup>89</sup> L'adoption de cette perspective transforme les conceptions des relations avec les autres<sup>90</sup>. Ainsi, le problème de la motivation morale devient moins central. L'engagement moral se concentre sur la singularité et sur l'intégrité d'autrui. Ceci étant dit, une question demeure en ce qui concerne le *care* : « Peut-on définir un bon *care*? »<sup>91</sup>

Nous vivons à une époque et dans une culture qui recherchent la démocratie. C'est ainsi que « la fin vers laquelle doit tendre le *care* consiste à rendre la société aussi démocratique que possible. »<sup>92</sup> Le soin peut être prodigué avec de bonnes intentions, mais il arrive parfois qu'il soit dispensé avec des intentions douteuses<sup>93</sup>. Au risque de nous répéter, l'on sait que

---

<sup>84</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 47.

<sup>85</sup> Marilyn FRIEDMAN. « Au-delà du *care* : dé-moraliser le genre », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 80-81.

<sup>86</sup> Ibid., p. 93.

<sup>87</sup> Ibid., p. 93.

<sup>88</sup> Ibid., p. 92.

<sup>89</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 214.

<sup>90</sup> Ibid., p. 212.

<sup>91</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 26.

<sup>92</sup> Joan TRONTO. « *Care* démocratique et démocraties du *care* [...] », p. 40.

<sup>93</sup> Joan TRONTO. *Le risque ou le care?* [...], p. 36.

l'insuffisance des ressources humaines ou matérielles peut affecter le *care* et faire en sorte que celui-ci ne soit pas adéquat au besoin exprimé par la personne soignée malgré la bonne volonté de la personne soignante. Le résultat final ne parviendra pas à répondre à la demande de soin. Selon Garrau, « Tronto montre que les activités de *care* ne peuvent être effectuées conformément aux attentes morales de leurs acteurs que dans des contextes démocratiques ».<sup>94</sup> Tronto expose les conditions à l'exercice d'un *care* optimal.

Il demande une connaissance approfondie et réfléchie de la situation, de celle de tous les acteurs, comme de leurs besoins et de leurs compétences. La mise en œuvre de l'éthique du *care* exige une connaissance du contexte du processus de soin. Ceux qui s'engagent dans ce processus doivent former des jugements : sur les besoins, sur les conflits entre besoins, sur les stratégies pour parvenir aux fins choisies, sur la capacité de réponse des destinataires, etc.<sup>95</sup>

Selon Laugier, « [c]omme type d'activité, le *care* exige une disposition morale et un type de conduite morale. »<sup>96</sup> Sans pour autant articuler la notion de « bon *care* », Gilligan explore la moralité d'une action qui fait que cette action « n'est pas évaluée en fonction de la manière dont les autres la perçoivent, mais en fonction des réalités de son intention et de sa conséquence. »<sup>97</sup> L'objectif de la morale consiste en le maintien de l'intégrité, c'est-à-dire dans la capacité de décider judicieusement et d'être responsable de son choix<sup>98</sup>. La vérité demeure le seul critère de jugement. Le *care* représente une valeur dans la manière d'appréhender une situation ou des besoins et d'y répondre. « Ce qui fait la valeur du travail de *care* est la valeur de la vie. »<sup>99</sup> L'éthique féministe du *care* propose une morale dont le langage s'accorde à la vie réelle<sup>100</sup> et non pas une autorité morale qui impose et met la personne sous contrôle<sup>101</sup>. En fait, un « bon *care* » naît de l'interaction individuelle<sup>102</sup>. Dans la foulée de Tronto, Kittay a développé le concept du « bon *care* ». Elle présente l'étroite relation entre ce qui peut être un bon et un mauvais *care*.

---

<sup>94</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 61.

<sup>95</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 183.

<sup>96</sup> Sandra LAUGIER. « Le sujet du *care* : vulnérabilité et expression ordinaire [...] », p. 199.

<sup>97</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p.129.

<sup>98</sup> Ibid., p.225.

<sup>99</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 157.

<sup>100</sup> Carol GILLIGAN. « Résister à l'injustice : une éthique féministe du *care* », dans Carol GILLIGAN, Arlie, HOCHSCHILD et Joan TRONTO, *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care?*, Paris, Éditions Payot et Rivages, 2013, p. 62.

<sup>101</sup> Ibid., p. 60.

<sup>102</sup> Layla RAÏD. « Care et politique chez Joan Tronto [...] », p. 85.

Compris comme travail, [le *care*] est la tâche consistant à prendre soin de soi et des autres quand nous sommes en situation de besoin. [...] Comme attitude, le *caring* dénote un lien positif, affectif et un investissement dans le bien-être de l'autre. Le travail du *care* peut être accompli sans l'attitude appropriée. Toutefois, sans une attitude de *care*, la disponibilité à l'autre, essentielle pour comprendre ce dont il a besoin, n'est pas possible. Cela veut dire que le travail qui n'est pas accompagné par l'attitude de *care* ne peut être du bon *care*.<sup>103</sup>

Par l'expression « attitude de *care* », Kittay fait référence à des qualités sensibles qui permettent d'agir de manière convenable pour que le soin, c'est-à-dire la réponse qui est apportée aux besoins, soit bien accompli. Aussi, le « bon *care* » présente des « caractéristiques pragmatiques »<sup>104</sup>. Dans une relation de *care*, chacun des gestes renvoie à une pratique et à une attitude spécifiques afin de répondre à des besoins variables, mais encore faut-il que la pratique et l'attitude arrivent à percevoir et à satisfaire le besoin. Pour sa part, Molinier qualifie le travail discret de « bon *care* »<sup>105</sup>. Selon cette autrice, « [u]n tel travail attentionné, quand il est bien fait, efface ses propres traces, on n'en voit rien, on n'en dit rien. »<sup>106</sup>

Dans notre monde, la coexistence exige que l'on prenne soin les uns les autres. La compétence relève d'une formation et de l'application pratique des connaissances professionnelles pour assurer un soin adéquat qui répond aux spécificités du besoin. La compétence morale amène la personne soignante à reconnaître le contexte inégalitaire et le rapport de pouvoir d'une relation de soin asymétrique. La compétence morale donne à la personne soignante l'opportunité de développer et de montrer sa sensibilité à l'endroit de chaque protagoniste de la relation asymétrique<sup>107</sup>. Cette compétence qui constitue une attitude éthique du *care*, motive la personne soignante à mettre en œuvre ses capacités pour développer et dispenser un « bon *care* ». Toutefois, la reconnaissance de la valeur d'un soin concerne tout autant la personne qui bénéficie des comportements, des attitudes

---

<sup>103</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p.90-91.

<sup>104</sup> Luca PATTARONI. « Le *care* est-il institutionnalisable? Quand la "politique du *care*" émousse son éthique », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 211.

<sup>105</sup> Pascale MOLINIER. « Désirs singuliers et concernement collectif : le *care* au travail [...] », p. 113.

<sup>106</sup> Ibid., p. 113.

<sup>107</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 47.

appropriées d'autrui, à savoir la personne soignée qui est invitée à exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction à la personne soignante.

### 3.4. La capacité de réponse

Dans toute relation de *care*, la personne soignée est perçue comme singulière et active, et ce, malgré ses incapacités. Gilligan et Tronto insistent sur la portée de la prise en compte des points de vue de l'autre dans une relation de la dépendance. Dans le cadre théorique de Tronto, le quatrième des « quatre éléments éthiques du *care* » correspond à la réponse du destinataire, mais aussi à la réceptivité du pourvoyeur et de la personne bénéficiaire du *care*.

Selon Tronto, cette dimension du *care* « suggère une manière de comprendre les besoins des autres différente de celle qui consiste à se figurer à leur place. »<sup>108</sup> « La capacité de réponse » se démarque du concept de la réciprocité qui fut développé dans le modèle théorique du développement moral conceptualisé par Kohlberg et dont il a été question au premier chapitre. Dans cette théorie, la réciprocité se traduit par « la capacité de ceux qui raisonnent de se situer à la place des autres dans le dilemme ».<sup>109</sup> Tronto « propose plutôt de considérer la position de l'autre telle que lui-même l'exprime ».<sup>110</sup> Ainsi, la personne dispensant le soin est en mesure de concevoir que sa réponse à un besoin non satisfait pourrait ne pas s'appliquer à la situation de la personne recevant le soin. Cependant, dans le travail du *care*, la relation avec l'autre révèle des contextes de vulnérabilité et par conséquent d'inégalité. Selon Tronto, « [l']inégalité engendre des relations inégales d'autorité, de domination et de subordination. »<sup>111</sup>

Tronto insiste sur la nécessité « [d']une reconnaissance "authentique" de nos vulnérabilités, dans leur étendue et leur intrication. »<sup>112</sup> Sur ce point, il convient de rappeler qu'en réponse à la situation complexe qui serait attribuable à une situation

---

<sup>108</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 182.

<sup>109</sup> Ibid., p. 103.

<sup>110</sup> Ibid., p. 182.

<sup>111</sup> Ibid., p. 182.

<sup>112</sup> Layla RAÏD. « *Care* et politique chez Joan Tronto [...] », p. 84.

d'inégalité dans une relation de soin asymétrique, Tronto propose une relecture du principe de réciprocité. Elle conceptualise ce principe « en termes d'interdépendance de personnes vulnérables. L'interdépendance rétablissant la symétrie ».<sup>113</sup> La réceptivité représente alors une réponse à l'asymétrie caractérisant la relation dans les milieux de soins<sup>114</sup>.

En fait, Tronto assimile la « capacité de réponse » à « la réceptivité (*responsiveness*, correspondant au *care-receiver*). »<sup>115</sup> Cependant, cette attitude de réaction implique l'ensemble des personnes qui sont concernées par le processus du *care*. La « réceptivité » du destinataire de même que celle des autres personnes qui lui sont relatives ouvre sur une actualisation active de la réponse aux besoins durant le processus de *care*. La réceptivité du pourvoyeur « constitue un rempart contre les risques de paternalisme, de domination et d'altérisation qu'ouvre le rapport de pouvoir dans lequel se tiennent pourvoyeurs et bénéficiaires. »<sup>116</sup> Tronto considère que « si nous sommes conscients de ces risques, nous pouvons alors, dans nos pratiques quotidiennes, nous efforcer de rendre toujours plus justes et plus humaines nos pratiques de *care*. »<sup>117</sup>

## Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons étudié les différentes attitudes du *care* qui prédisposent la personne soignante à prendre soin de la personne soignée. Ces attitudes contribuent à l'entretien d'un monde humain. Elles peuvent même être développées dans le temps. Elles proposent et motivent un savoir être et une manière de faire qui sont nécessaires pour éviter un dérapage dans la relation de la dépendance. Elles rendent perceptibles la réciprocité entre les protagonistes d'une relation de soin malgré l'asymétrie de la dite relation. La mise en pratique des quatre valeurs éthiques qui définissent le *care* oriente les relations de soin vers la démocratie, la non-violence, vers une « justice véritable ». Une relation de *care* demeure une relation éthique du fait de l'effort et de l'action de la

---

<sup>113</sup> Layla RAÏD. « *Care* et politique chez Joan Tronto [...] », p. 84.

<sup>114</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 61.

<sup>115</sup> Layla RAÏD. « *Care* et politique chez Joan Tronto [...] », p. 80.

<sup>116</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 61-62.

<sup>117</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 15.



personne qui soigne pour chercher ce qui est possible pour l'existence de la personne qu'elle soigne. Lorsque l'activité de *care* est enclenchée, il s'ensuit une forme de coexistence pacifique entre la personne qui soigne et la personne soignée en dépit de l'asymétrie caractérisant leur relation. Les attentes de l'une et l'autre s'ajustent. Après avoir analysé « les quatre éléments éthiques du *care* : l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse », nous explorons dans notre dernier chapitre, les « *quatre phases du care* ».

## CHAPITRE 4

### « LES QUATRE PHASES DU CARE »<sup>1</sup>

#### Introduction

Le *care*, tout comme le soin, renvoie à deux registres différents, soit au sentiment et au travail<sup>2</sup>. Worms clarifie la question du soin en s'appuyant sur les recherches menées par Gilligan. La relation de soin est tendue entre la dépendance, d'un côté, et de l'autre, la réponse qui conduit vers un renouvellement, une transformation des sujets<sup>3</sup>. Ces « deux dimensions [...] sont en outre comme les deux pôles de l'*argumentation* morale, l'éthique du *care* n'étant pas seulement une *conduite* fondée sur le *care* mais un raisonnement (une décision) qui s'appuie sur lui ».<sup>4</sup> En fait, le soin représente un secours par un savoir objectif, le « *savoir clinique et technique* »<sup>5</sup> dont le but est de répondre à une demande de soin par l'entremise d'une relation « *positive et même créatrice* »<sup>6</sup>.

Cependant, le *care* constitue « un indicateur des inégalités de pouvoir. »<sup>7</sup> Par sa valeur intrinsèque, il cherche à lutter contre les relations de domination, de hiérarchie, rappelons-le, « relation[s] de force à faiblesse, voire de commandement à obéissance. »<sup>8</sup> Dans une relation de soin asymétrique, le rapport à autrui doit être préservé pour éviter toute forme de violence qu'elle soit physique ou relationnelle. Comme nous l'avons souligné, la domination et la hiérarchie sont à proscrire des pratiques de la relation de soin, car elles mènent à la maltraitance.

---

<sup>1</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 147.

<sup>2</sup> Frédéric WORMS. « Le care selon Carol Gilligan et le problème du soin : relations vitales et morales », dans Vanessa NUROCK (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Coll. « Débats philosophiques », Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 138.

<sup>3</sup> Frédéric WORMS. « Le care selon Carol Gilligan et le problème du soin [...] », p. 138.

<sup>4</sup> Ibid., p. 138.

<sup>5</sup> Ibid., p. 142.

<sup>6</sup> Ibid., p. 142.

<sup>7</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 225.

<sup>8</sup> Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 79.

Dans le cadre d'un colloque traitant de la question des pratiques et des politiques liées au *care* en tant que travail à l'Université Paris Descartes, le sociologue discutant Angelo Soares soutenait que « [l]a relation soignante tient à ceci : [...] une personne fragilisée par la maladie ou d'un accident de la vie remet sa vulnérabilité bon gré, mal gré aux mains d'autrui. »<sup>9</sup> Toutefois, il arrive que la personne soignante éprouve des difficultés à prendre soin des « autres »<sup>10</sup>. En fait, la rencontre de l'altérité dérange. Selon Tronto, le concept de l'altérité fait référence à une incapacité de reconnaître le *care*<sup>11</sup>. Les relations professionnelles, les relations marquées par la différence d'éducation, de culture, de manière de penser et de vivre et les relations susceptibles d'être stigmatisées sont toutes exposées à connaître un dérapage, c'est-à-dire à vivre l'irruption de frictions qui dégénèrent en injustices. Gilligan affirme que « l'éthique de la sollicitude repose sur le précepte de la non-violence – il ne doit être fait de tort à personne. »<sup>12</sup>

La violence est inhérente à l'asymétrie relationnelle entre les personnes qui sont parties prenante d'une relation de soin<sup>13</sup>. Selon Gilligan, « cette violence est perçue comme un facteur compromettant la justice de n'importe quelle résolution envisagée. »<sup>14</sup> Pour répondre à une demande de soin ou pour résoudre un dilemme lors d'une situation problématique, il est nécessaire de connaître la réalité quotidienne et les conditions de vie de la personne qui se trouve aux prises avec cette situation. La reconstitution de la situation dans son contexte détourne le « jugement d'un classement hiérarchique des principes et du processus formel de la prise d'une décision. »<sup>15</sup> Selon la réflexion de Tronto, une théorie éthique du *care* « définit les modalités d'une réponse adéquate au fait de la vulnérabilité humaine ».<sup>16</sup>

---

<sup>9</sup> Angelo SOARES. *Colloque international : Théories et pratiques du care : comparaisons internationales*, Paris, organisé par le Mage, le CRESPPA-GTM et Agir pour le care, 13 et 14 juin 2013, <http://recherche.parisdescartes.fr/mage/Rediffusion-video/Theories-et-pratiques-du-care>.

<sup>10</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 157 et 169.

<sup>11</sup> Ibid., p. 169.

<sup>12</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p. 263.

<sup>13</sup> Ibid., p.155.

<sup>14</sup> Ibid., p.155.

<sup>15</sup> Ibid., p.155.

<sup>16</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 79.

Dans le travail de *care*, la personne dispensant le soin prend conscience de l'importance de la requête qui lui a été adressée par la personne en attente de soins. Par son désir de répondre aux besoins d'autrui et de choisir la réponse la plus appropriée à la demande de la personne qu'elle soigne, elle laisse place à une décision découlant d'un raisonnement qui s'appuie sur l'expérience des personnes impliquées<sup>17</sup>. Cela étant dit, Tronto, s'inspirant de sa théorie sur la vulnérabilité des corps et des êtres de notre monde, a modélisé la pratique du *care* sous une forme de structure comportant quatre étapes « analytiquement distinctes, mais intimement liées. Ce sont les suivantes : se soucier de, prendre en charge, prendre soin et recevoir le soin. »<sup>18</sup>

#### 4.1. « *Se soucier de (caring about)* »<sup>19</sup>

Le *care* constitue le « souci de l'existence ». Dans la théorie conceptualisée par Tronto, l'activité du *care* relève « d'un principe universaliste tel que : il faut se soucier de ceux qui nous entourent et de ceux avec qui nous formons une société. »<sup>20</sup> La première phase, « *[s]e soucier de (caring about)* », implique de percevoir la nécessité de poser des gestes de *care* dans une situation donnée. Il s'agit essentiellement d'identifier un besoin. Tronto considère que d'identifier un problème, c'est implicitement « s'en soucier et le reconnaître. »<sup>21</sup>

Pour Gilligan, dans une relation impliquant un dilemme moral, la préoccupation fondamentale réside dans le bien-être d'autrui<sup>22</sup>. Garrau et Le Goff adhèrent à la définition du *care* élaborée par Tronto et Fischer. Elles mentionnent que le souci représente un aspect du *care* renvoyant à une préoccupation du monde et des autres en vue de favoriser leur bien-être<sup>23</sup>. Dans une logique semblable, Paperman et Laugier considèrent que le *care* traduit « le *souci des autres* »<sup>24</sup>, et cherche à entretenir un monde humain<sup>25</sup>. Ces deux

---

<sup>17</sup> Carol GILLIGAN. « Une voix différente. Un regard à partir du passé [...] », p. 48.

<sup>18</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 147.

<sup>19</sup> Ibid., p. 147.

<sup>20</sup> Ibid., p. 230.

<sup>21</sup> Ibid., p. 166.

<sup>22</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p.38.

<sup>23</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 5.

<sup>24</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Préface à la nouvelle édition [...] », p. 22.

<sup>25</sup> Ibid., p. 22.

autrices constatent que « le *souci des autres* [...] n'a rien de spectaculaire ».<sup>26</sup> D'après Molinier, « [l]e souci des autres est une zone d'affrontements entre des visions morales différentes, spécialisées et hiérarchisées, la plupart du temps désarticulées. »<sup>27</sup>

Dans les milieux de soins, « *se soucier de* » la personne soignée représente une action généralement non remarquée tant par les collègues de la personne qui dispense les soins que par celle qui reçoit ces soins. Cependant, selon le philosophe Harry Frankfurt, « le fait de se soucier d'une chose rend cette chose importante à la personne qui s'en soucie. »<sup>28</sup> En se fondant sur la théorie du *care* de Gilligan, Worms affirme que le sentiment de « se soucier de » pourrait bien être la source de la justice<sup>29</sup>. D'ailleurs, cet auteur note que le souci d'autrui constitue un élément du raisonnement et de la décision éthique<sup>30</sup>.

Cette première phase demande une attention à la particularité d'une situation. Elle implique de saisir la situation dans toute sa complexité pour déceler le ou les besoins spécifiques afin de répondre le plus justement à la demande de soin ou à la demande d'examen, d'intervention ou de traitement. Tronto soutient que « [l]e "souci des autres" est façonné culturellement et individuellement ».<sup>31</sup> Chacune, chacun satisfait de façon différente ses propres besoins<sup>32</sup>. Paperman, pour sa part, présente le raisonnement du *care* en s'appuyant sur la pensée développée par Gilligan. Ce raisonnement « prend la forme d'une narration où les détails concrets, spécifiques des situations toujours particulières prennent sens et deviennent intelligibles dans les contextes de vie des personnes. »<sup>33</sup> « *Se soucier de* (caring about) » repose sur une logique éthique de la relation d'échange. Selon

---

<sup>26</sup> Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER. « Préface à la nouvelle édition [...] », p. 22.

<sup>27</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 158.

<sup>28</sup> Harry FRANKFURT. *The Importance of What We Care About*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, p. 93, cité par Marlène JOUAN. « Harry Frankfurt et la métaphysique. Vers une éthique "au-delà du bien et du mal" », dans Patricia PAPERMAN et Sandra LAUGIER (dirs.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques » no16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2011, p. 249.

<sup>29</sup> Frédéric WORMS. « Le *care* selon Carol Gilligan et le problème du soin [...] », p. 141.

<sup>30</sup> Ibid., p. 145.

<sup>31</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 147.

<sup>32</sup> Joan TRONTO. *Le risque ou le care* [...], p. 35.

<sup>33</sup> Patricia PAPERMAN. *Care et sentiments* [...], p. 15.

Gilligan, les échanges verbaux conduisent vers la « prise de conscience du problème et le désir de trouver une solution plus appropriée. »<sup>34</sup>

Dans le processus de *care*, la personne soignante interagit avec la personne soignée, avec ses proches et avec les personnes accompagnatrices si celles-ci sont présentes. Dès le début de la rencontre, la personne qui soigne écoute attentivement, recueille les informations et observe le langage non verbal de l'autre afin de déceler des données significatives pour l'élaboration du plan d'action à la réponse du soin. Elle reste concentrée sur l'essentiel, c'est-à-dire sur la personne soignée, plus précisément sur ses capacités, ses limites, ses attentes, ses désirs personnels et son rythme d'évolution. Elle se préoccupe de celle qu'elle soigne. Elle devient concernée par les besoins non satisfaits. La personne en attente de soins veut, en général, rencontrer une personne soignante compétente, qui l'accepte inconditionnellement, l'accompagne et lui consacre du temps. Elle désire parler du contexte de sa demande médicale, raconter son histoire, décrire son expérience et informer sur ses préoccupations et ses attentes. Elle désire de ne pas être bousculée. Elle veut se sentir importante pour la personne soignante. En fait, la personne soignée cherche à établir une relation d'échange et tente de créer des liens satisfaisants. Elle anticipe la relation de soin au-delà de la simple réception d'un soin technique.

En ce sens, il est difficile de se soucier d'une autre personne<sup>35</sup>. Une étudiante qui a participé à l'enquête effectuée par Gilligan concernant le développement de l'identité et de la conscience morale a fait la remarque que, dans toute relation de soin, « les conflits sont une réalité permanente. »<sup>36</sup> Tronto confirme que les activités de *care* sont propices à des conflits lorsque les relations de soin engagent des personnes qui ont des intérêts divergents de la situation<sup>37</sup>. Dans la perspective du *care*, « les besoins et souffrances des personnes vulnérables ne peuvent être laissés sans réponse. »<sup>38</sup> La première étape concerne la compréhension par la personne soignante de ce que la personne soignée

---

<sup>34</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente. Pour une éthique du care* [...], p. 59.

<sup>35</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 327.

<sup>36</sup> Carol GILLIGAN. *Une si grande différence* [...], p.224.

<sup>37</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 84.

<sup>38</sup> Patricia PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 328.

expérimente par sa vulnérabilité. Cette étape crée un contact qui implique une présence de qualité. « *Se soucier de* (caring about) » suppose implicitement de prendre en charge le besoin identifié en vue d'une prise de décision qui résulte en une action, en un agir éthique<sup>39</sup>.

#### 4.2. « *Prendre en charge (taking care of)* »<sup>40</sup>

Le processus du *care*, qui a commencé par l'étape du souci de l'autre, se poursuit par la prise en charge du besoin identifié. « *Prendre en charge (taking care of)* » constitue ce qui a fait l'objet d'un souci, ce qui comporte « une certaine responsabilité »<sup>41</sup> à l'égard du besoin et implique d'établir une conception de la réponse. L'identification d'un besoin qui n'est pas satisfait nécessite de déterminer la façon la plus juste de répondre à ce besoin.

La personne soignante porte la responsabilité d'orienter ses décisions et gestes vers la meilleure manière de prendre soin de la personne soignée. Dans le travail de *care*, la personne qui donne des soins est confrontée à la question suivante : puis-je m'occuper de l'autre? À cette étape, il est primordial de déterminer s'il est possible de « prendre en charge » le besoin de soin identifié afin de poursuivre le processus de *care*.

Nous rappelons que Tronto soutient une conception de la responsabilité « *en termes relationnels* »<sup>42</sup>. Une relation engendre la responsabilité de répondre à l'autre du fait du réseau complexe dans lequel les relations sont entrecroisées. Cependant, la prise en charge des besoins d'autrui peut générer en des « tensions, conflits et difficultés ».<sup>43</sup> Selon Tronto, les responsabilités et les charges varient en fonction de la personne et de la position dans laquelle elle se trouve<sup>44</sup>. La personne qui dispense le *care* devrait être capable de reconnaître sa capacité ou son incapacité d'agir en vue de répondre au besoin de *care* d'autrui. Si, en exerçant son travail professionnel, la personne soignante ne savait pas ou ne pouvait pas « *[p]rendre en charge (taking care of)* » de manière appropriée la situation de

<sup>39</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 143.

<sup>40</sup> Ibid., p. 148.

<sup>41</sup> Ibid., p. 148.

<sup>42</sup> Patricia PAPERMAN et Pascale MOLINIER. « Présentation. Désenclaver le *care*? [...] », p. 16.

<sup>43</sup> Ibid., p. 17.

<sup>44</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 184.

vulnérabilité ou la demande de soin, elle doit alors informer les personnes concernées et confier cette démarche à une tierce personne qui est compétente et qui peut répondre à la demande de soin.

Le travail de *care* suppose une attention soutenue aux situations concrètes d'autrui. La philosophe Layla Raïd s'est penchée sur la pensée de Tronto sur le *care* et présente celui-ci comme une activité qui « demande que les problèmes et besoins d'autrui soient pris comme fondement de l'action. »<sup>45</sup> Ainsi, les situations et leurs particularités deviennent ce qu'il faut explorer à l'étape de la prise en charge. Le travail de *care* est toujours à créer et à expérimenter avec l'ensemble des personnes concernées par la relation. Ainsi, les personnes soignantes sont appelées à faire preuve de *care* et donc de créativité avec des personnes faisant partie de diverses clientèles (personnes sans restriction physique ou psychique, personnes à mobilité réduites, personnes ayant des problèmes cognitifs, enfants, personnes âgées, etc.). En fait, Tronto recommande aux personnes qui pratiquent le travail de soin d'avoir « une compréhension du *care* comme processus actif, aux multiples facettes. »<sup>46</sup>

Selon Tronto, la pratique du *care* demande la mise en commun des expériences, des connaissances, des expertises et des préoccupations des personnes dispensant des soins et des personnes recevant les soins, et ce, en dépit de leurs intérêts divergents<sup>47</sup>. Tronto considère que le *care* « demande une connaissance approfondie et réfléchie de la situation, de celle de tous les acteurs, comme de leurs besoins et de leurs compétences. »<sup>48</sup> Molinier abonde dans le même sens quand elle mentionne que « la compréhension que nous devons avoir du *care* implique de penser simultanément à tous les agents de "la scène de *care*" ». <sup>49</sup>

Dans le travail de *care*, chaque personne détient une partie des éléments de la réponse. Les personnes en position de vulnérabilité développent des connaissances sur l'expérience

---

<sup>45</sup> Layla RAÏD. « Care et politique chez Joan Tronto [...] », p. 75.

<sup>46</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 186.

<sup>47</sup> Ibid., p. 163.

<sup>48</sup> Ibid., p. 183.

<sup>49</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 105.



qu'elles vivent. À ce sujet, Garrau, qui s'intéresse à l'éthique du *care* respective de Gilligan et Tronto, insiste sur l'importance de laisser s'exprimer les personnes impliquées dans une activité de *care*. Elle suggère « de reconnaître aux acteurs [...] [du *care*] une connaissance spécifique de leur situation, une capacité à la décrire et à en faire la critique ».<sup>50</sup>

La démarche employée par Gilligan dans trois de ses enquêtes consistait « à suivre le langage et la logique de la personne interrogée. »<sup>51</sup> Gilligan soutient que « la façon dont les êtres humains parlent de leur vie a son importance, le langage qu'ils emploient et les connexions qu'ils établissent révèlent le monde qu'ils voient et dans lequel ils évoluent et agissent. »<sup>52</sup> Tronto continue le travail d'étude sur le *care* qui a été entrepris par Gilligan en identifiant une dimension matérielle dans le *care*. Elle voit les pratiques concrètes du soin dans une approche holistique « comme [étant] indissociablement langagières et matérielles. »<sup>53</sup> Une relation, qui reposerait principalement sur l'intérêt de la personne soignante, dicterait la réponse et passerait à côté d'importantes dimensions de la vie de la personne en attente de *care*.

Dans les milieux de soins, la personne soignée a besoin de ressentir qu'elle est prise en charge. Elle éprouve le besoin d'être en confiance avec la personne qui la soigne. À ce propos, rappelons que Molinier soutient que la confiance conduit « à un côtoiement et au partage d'un faire ensemble. »<sup>54</sup> La confiance écarte d'une dérive autoritaire, d'une approche de type dominant-dominé. Paperman relate une scène qui est caractéristique des milieux de soins. Une personne soignée fait un commentaire ou pose une question. Il arrive que cette personne soit rabrouée par « les gardiens de la version autorisée de la "réalité" »<sup>55</sup> qui utilisent des formules telles que « "[c]e n'est pas de cela dont nous parlons ici" ou "nous ne parlons pas de la même chose" ». <sup>56</sup> Ce genre de réponse veut tout

---

<sup>50</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 34.

<sup>51</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente. Pour une éthique du care* [...], p. 13.

<sup>52</sup> Ibid., p. 13.

<sup>53</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 18.

<sup>54</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 159.

<sup>55</sup> Patricia PAPERMAN. « La voix différente et la portée politique de l'éthique du *care* », dans Vanessa NUROCK (dir.), *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Coll. « Débats philosophiques », Paris, Presses universitaires de France, 2010, p. 87.

<sup>56</sup> Ibid., p. 87.

simplement dire que le domaine des soins demeure l'apanage des personnes soignantes. Les paroles qui sont prononcées peuvent étouffer la voix de la personne soignée ou de son entourage. À ce propos, Gilligan mentionne que « l'absence de *care* crée les conditions de l'injustice, de l'oppression et de l'abandon. [...] Comme le fait de réduire les autres au silence, c'est un acte de violation ».<sup>57</sup>

L'étape de la prise en charge s'avère propice au développement de l'asymétrie dans les relations de soin lorsque le sentiment d'importance d'une personne est lié au rôle de prendre soin des autres et d'apporter une réponse à un besoin<sup>58</sup>. Dans une relation de soin, la prédominance du point de vue de la personne soignante et la disqualification de l'opinion de la personne soignée ou des autres personnes qui sont impliquées dans la relation font obstacle au travail de *care*, lequel requiert de l'initiative, de la création et des échanges. Certes, la compétence et l'expertise de la personne soignante ne sont pas à nier, loin de là. Cependant, aucune personne ne détient à elle seule le pouvoir de définir une situation<sup>59</sup>. Selon Le Goff, dans le travail de *care*, une décision éthique provient des interactions qui intègrent les expériences concrètes de l'une et l'autre des personnes qui sont parties prenantes de la relation de soin : elle représente le résultat « d'une pluralité d'expériences »<sup>60</sup>. Cette étape de « *[p]rendre en charge* (taking care of) » doit être accomplie dans le cadre d'un processus décisionnel véritable et « non sous les espèces de la maîtrise et du contrôle. »<sup>61</sup> Une offre de soin qui ne laisse pas de place à une participation active de la personne soignée ne peut constituer une relation juste et ne pourra satisfaire véritablement le besoin qui a été identifié lorsque viendra le moment pour la personne soignante de « *[p]rendre soin* (care giving) » de la personne à soigner.

#### 4.3. « *Prendre soin* (care giving) »<sup>62</sup>

Toujours selon Tronto, la troisième étape découle des efforts qui ont été consentis afin de répondre de façon concrète aux besoins perçus de *care*. Elle représente le temps de

<sup>57</sup> Carol GILLIGAN. « Résister à l'injustice : une éthique féministe du *care* [...] », p. 45.

<sup>58</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 222.

<sup>59</sup> Patricia PAPERMAN. *Care et sentiments* [...], p. 27.

<sup>60</sup> Alice LE GOFF. *Care et démocratie radicale*, [...], p. 29.

<sup>61</sup> Joan TRONTO. *Le risque ou le care* [...], p. 32.

<sup>62</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 148.

l'activité où l'on assiste à « la rencontre directe des besoins de *care* »<sup>63</sup>, autrement dit à « un contact direct avec les objets du *care*. »<sup>64</sup> Cette étape comporte un travail matériel, et technique et/ou scientifique.

Dans une activité de soin, le *care* nécessite des ressources matérielles et requiert aussi qu'une personne prodigue le soin. Nous rappelons ici que Tronto définit le *care* comme étant « l'ensemble des activités par lesquelles nous agissons pour organiser notre monde de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. »<sup>65</sup> Selon Molinier, prendre soin, « c'est *faire* quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre ».<sup>66</sup> « *Prendre soin* (care giving) » suppose de répondre à des « besoins humains »<sup>67</sup>. La réponse à ce type de besoins ne peut être apportée que par le travail de *care* d'une autre personne.

Le travail de *care* n'est pas simplement un travail qui découle d'un « *savoir clinique et technique* ». « *Prendre soin* (care giving) » dépasse l'offre des ressources matérielles. La troisième étape représente à proprement parler « le moment du soin » unissant la personne qui dispense le *care* et la personne qui bénéficie du *care*. Ce temps se caractérise par la proximité de ces personnes et de la mise en action de la réponse aux besoins causés par la vulnérabilité. D'ailleurs, c'est dans l'action même que la relation de soin risque davantage un dérapage. Réduire cette phase à une activité instrumentale conduirait à une « objectification » de l'autre et à sous-estimer « la manière dont on prend soin des autres dans notre société. »<sup>68</sup>

La personne soignante qui prend soin d'une autre personne doit faire attention de ne pas traiter le corps humain comme s'il était inerte ou comme un objet ou une donnée. À ce sujet, Molinier considère que « [l]a chosification ou réification des patients est une défense qu'on rencontre de façon ordinaire chez des soignants pressés, surchargés ou encore

---

<sup>63</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 148.

<sup>64</sup> Ibid., p. 148.

<sup>65</sup> Ibid., p. 14.

<sup>66</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 341.

<sup>67</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 149.

<sup>68</sup> Ibid., p. 149.

démunis devant de trop grands troubles du contact ».<sup>69</sup> Cette autrice affirme, et les personnes soignantes peuvent le confirmer d'expérience, qu'il peut être facile d'oublier l'humanité d'une personne dans des périodes de surcharge de travail. Le travail de *care* « implique de se confronter avec le *réel du corps* dans ses dimensions excitantes parfois (qu'on pense par exemple aux soins prodigués aux nourrissons), mais aussi anxiogènes [pathologies liées au vieillissement]. »<sup>70</sup> « *Prendre soin* (care giving) » expose à la souffrance « en attente de sens » des personnes dans la relation de soin<sup>71</sup>.

Dans une situation de surcharge de travail, la personne qui soigne pourrait ne pas saisir la présence d'une personne dans le corps de l'autre. Molinier insiste : « [c]e que n'est pas le *care*, c'est l'indifférence aux autres, l'incapacité à les voir comme des personnes. »<sup>72</sup> En fait, sans pour autant être brutalisées, des personnes sont soignées dans l'indifférence. Un soin restreint à un devoir professionnel vidé de sa dimension relationnelle contribue à maintenir l'asymétrie entre la personne soignante et la personne soignée. Le rapport à autrui doit être sauvegardé dans une relation asymétrique pour éviter toute forme de violence. L'absence d'interactions détourne la relation de soin de sa finalité de « justice véritable », d'où la sauvegarde d'un travail continu dans la préservation d'une relation d'échange.

Selon Worms, le travail de *care* s'accomplit par la dimension relationnelle, c'est-à-dire la « dimension affective »<sup>73</sup>. Ce philosophe soutient que « soigner, c'est soigner quelque chose, [...]; mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un ».<sup>74</sup> Il affirme en outre que c'est dans le travail technique ou médical du soin « que se glisse aussi l'attention subjective qui est la condition même du soin, et qui fait de lui le soin non seulement de quelque chose mais de quelqu'un. »<sup>75</sup> Molinier défend aussi cette position dans sa réflexion sur le *care*. Cette autrice affirme que le *care* présente une dimension instrumentale à partir de laquelle

---

<sup>69</sup> Pascale MOLINIER. « Désirs singuliers et concernement collectif : le care au travail [...], p. 116-117.

<sup>70</sup> Ibid., p. 106.

<sup>71</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 349.

<sup>72</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 62.

<sup>73</sup> Frédéric WORMS. « Le care selon Carol Gilligan et le problème du soin [...] », p. 139.

<sup>74</sup> Frédéric WORMS. *Le moment du soin* [...], p. 21.

<sup>75</sup> Frédéric WORMS. « Le care selon Carol Gilligan et le problème du soin [...] », p. 147.

intervient l'attention d'autrui<sup>76</sup>. Les actes médicaux ou les gestes techniques devraient permettre un moment d'échange de regards et de paroles et même laisser place à un dialogue entre la personne qui donne des soins et la personne qui bénéficie de ces soins. Selon Molinier, l'attachement tend à rendre supportables des difficultés inhérentes au travail de *care*<sup>77</sup>. Pour Tronto, le *care* accordé demeure la mesure de la réussite d'un travail du soin<sup>78</sup>.

Dans un processus de *care*, certains gestes qui n'ont rien d'exceptionnel apportent une réponse appropriée aux circonstances du moment présent. Ces gestes ou « savoir-faire discrets » disparaissent de la vue<sup>79</sup>. Ainsi, le souci d'assurer le confort physique ou psychologique de la personne soignée conduira la personne soignante à poser des gestes qui, malgré leur invisibilité, participent au succès du travail de *care*. Ces gestes constituent en quelque sorte un message. Ils expriment une compréhension envers l'autre. Ils traduisent un souci de justice à l'égard d'autrui. Molinier observe que « *le care définit conjointement certaines activités ainsi que l'intelligence mobilisée par leur réalisation.* »<sup>80</sup> Les « savoir-faire discrets » ne peuvent pas être incorporés dans les grilles de performance. « Le concept de compétence présente l'inconvénient de faire obstacle à la possibilité de *penser la valeur d'une activité qui n'a rien d'exceptionnel.* »<sup>81</sup> En effet, « *[p]rendre soin (care giving)* » permet d'aider une personne qui expérimente une situation de vulnérabilité à retrouver une autonomie.

La relation de soin apparaît être en constante tension entre la dépendance à l'autre et le retour à une « autonomie [...] relative ». Selon Molinier, dans les situations extrêmes ou en milieu gériatrique, la personne soignante redonne à la personne dont elle assure le soin « son autonomie de sujet désirant. »<sup>82</sup> Il s'agit d'une forme d'autonomie qui n'obéit pas à la raison, mais qui constitue un vecteur du désir de satisfaction d'un besoin et du combat pour

---

<sup>76</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 103.

<sup>77</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 345.

<sup>78</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 180.

<sup>79</sup> Pascale MOLINIER. « Le *care* à l'épreuve du travail [...] », p. 343.

<sup>80</sup> Ibid., p. 343.

<sup>81</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 156.

<sup>82</sup> Pascale MOLINIER. « Désirs singuliers et concernement collectif : le care au travail [...] », p. 109.

« continuer d'exprimer une forme d'autonomie. »<sup>83</sup> Le *care* représente ce qui conserve et rend « l'univers, ou les univers, vivable(s). »<sup>84</sup>

L'accomplissement du « *[p]rendre soin (care giving)* » passe à la fois par l'utilisation de la technique et/ou de l'acte médical, par l'établissement d'une relation authentique et par la sollicitude envers autrui. Pour Gilligan, la vie, [...], ne peut subsister que si l'on établit des relations de sollicitude [*care*]. »<sup>85</sup> Pour les théoriciennes féministes faisant partie de la deuxième génération, le savoir objectif, la compétence professionnelle et l'efficacité se traduisent non seulement par des actes curatifs, mais aussi par des actions et des gestes qui sont ajustés aux besoins, à la situation toujours particulière et à la singularité de la personne. Le soin le plus juste est celui qui est susceptible de satisfaire le besoin discerné. Tronto soutient que le *care* « se donne comme objectif social le plus élevé la satisfaction des besoins plutôt que la recherche du profit. »<sup>86</sup> Cependant, il faut que le soin dispensé convienne à la personne soignée. Dans un travail de *care*, la participation de la personne recevant le soin est encouragée et reconnue. À ce propos, Tronto propose de laisser à la personne qui bénéficie du *care* dispensé par une autre personne, un temps pour prendre la parole et signifier si l'activité correspond ou non au besoin exprimé. Comme l'affirme cette autrice : « [c]eux qui reçoivent le soin pourraient avoir sur leurs besoins des idées différentes de ceux chargés de prendre soin. »<sup>87</sup>

#### 4.4. « Recevoir le soin (care) »

La quatrième étape du modèle pratique de Tronto constitue une étape importante du processus du *care*. Elle vise essentiellement à vérifier l'adéquation du soin prodigué au soin identifié. « *Recevoir le soin (care)* » se rapporte, entre autres, aux réactions de la personne qui reçoit le *care* concernant le soin/soins en cours ou le soin/soins déjà reçu. Ce temps

---

<sup>83</sup> Pascale MOLINIER. « Quel est le bon témoin du *care*? », dans Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN (dirs.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Édition Payot, 2010, p. 242.

<sup>84</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 7.

<sup>85</sup> Carol GILLIGAN. *Une voix différente. Pour une éthique du care* [...], p. 204.

<sup>86</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 227.

<sup>87</sup> Ibid., p. 151.

permet d'évaluer la justesse de la réponse par les personnes qui forment la relation de *care*<sup>88</sup>. C'est le temps où chacune, chacun s'exprime.

La perception d'un besoin et la réponse apportée à ce besoin peuvent être faussées. La façon de prendre soin pourrait même ne pas convenir à la personne soignée. La réception du soin devient l'outil permettant d'évaluer l'adéquation de la réponse donnée au besoin qui a été identifié. « *Recevoir le soin (care)* » constitue une étape récurrente lors de l'évolution du processus du *care*. C'est le temps où les personnes concernées par la relation s'expriment sur le travail de *care* en cours et informent la personne soignante de leur expérience sur le déroulement de l'activité de soin. Il s'agit ici de faire une évaluation de la qualité de la mise en œuvre du *care* qui ouvre sur une actualisation active de la réponse au besoin au cours du processus de *care*. En fait, la personne soignante se trouve engagée dans un travail qui nécessite d'évaluer puis de réévaluer successivement les actions et l'effet de ces actions sur la personne soignée. Cette étape permet d'ajuster le soin/soins si nécessaire et de donner une réponse aux insatisfactions créées qui sont soulevées par le soin au cours de la relation. D'ailleurs, c'est en situation de *care* que la précision de la réponse aux besoins se joue et les conflits de la relation sont résolus.

Dans la perspective du *care*, la conduite à tenir se fonde entre autres sur l'attention qui permet non seulement d'identifier des besoins, mais aussi « d'apprécier la justesse des actions entreprises en vue d'y répondre. »<sup>89</sup> Garrau relève la particularité de l'attention telle que celle-ci a été conceptualisée par Tronto. Pour Tronto, la personne bénéficiaire du *care* devient « objet du soin »<sup>90</sup> pour l'évaluation du *care*. Elle porte la responsabilité d'observer et d'évaluer la dimension matérielle du *care*<sup>91</sup>. À ce propos, Paperman souligne que Tronto « insiste sur la validation par le bénéficiaire du caractère approprié et de la qualité du soin reçu. »<sup>92</sup> Le/la bénéficiaire est perçu(e) comme une personne active dans la

---

<sup>88</sup> Patricia PAPERMAN. « D'une voix discordante : désentimentaliser le care, démoraliser l'éthique », dans Pascale MOLINIER, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN (dirs.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Éditions Payot et Rivages, 2009, p. 100.

<sup>89</sup> Marie GARRAU. *Care et attention* [...], p. 50.

<sup>90</sup> Joan TRONTO. « *Care* démocratique et démocraties du *care* [...] », p. 38.

<sup>91</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 93.

<sup>92</sup> Patricia, PAPERMAN. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel [...] », p. 334.

relation de *care*. Selon Molinier, « la reconnaissance de la dimension matérielle du *care* ne doit pas, [...], reléguer au second plan celle de l'attitude appropriée ».<sup>93</sup>

La quatrième étape propose à la personne soignante de demeurer en mode de pensée axée sur la coopération. La structure démocratique d'une relation de *care* se traduit par l'expression de chaque voix. Recevoir des impressions et des commentaires contribue à l'exercice d'un travail de *care* qui tend vers une finalité de justice. La reconnaissance de l'aspect matériel et de l'attitude de l'autre demeure incontournable dans la description de ce type d'activité. D'ailleurs, cette étape confirme ou infirme la valeur de la manière dont le soin a été dispensé<sup>94</sup>. Les personnes soignantes sont généralement aptes à discerner le « bon *care* » d'un mauvais *care*, surtout lorsque la situation concerne leur pratique de soin<sup>95</sup>.

Finalement, « *Recevoir le soin (care)* » représente l'espace de temps au cours duquel la personne dispensant le *care* transmet l'information relative à l'intervention, à la relation de *care* ou à un incident ou accident survenu au cours de la rencontre<sup>96</sup>. C'est le moment approprié pour expliquer ce qui est arrivé à la personne qui a vécu l'incident ou l'accident, de lui exprimer ses regrets et de l'informer que des actions seront prises pour éviter que l'évènement se reproduise<sup>97</sup>. À ce propos, le philosophe Bruno Ambroise affirme qu'une éthique contextuelle des pratiques du *care* nécessite de « pouvoir rendre compte de ses actions, en être responsable, c'est-à-dire pouvoir donner des raisons de la façon spécifique dont on a agi. »<sup>98</sup>

---

<sup>93</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 94.

<sup>94</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 150.

<sup>95</sup> Pascale MOLINIER. *Le travail du care* [...], p. 103.

<sup>96</sup> Dans le cadre de la prestation des soins, les événements non souhaités ou indésirables qui se produisent sont à déclarer à l'organisation. L'incident représente une circonstance sans conséquence sur l'état de santé de la personne soignée impliquée, mais à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences. L'accident, pour sa part, signifie un événement indésirable qui entraîne ou pourrait entraîner des conséquences sur l'état de santé de la personne victime de l'accident. Voir « *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1* », CIUSSS-Estrie Chus.

<sup>97</sup> Suzanne PHILIPS-NOOTENS. « L'utilisateur au cœur de ses droits De la pensée à l'action », Conférence organisée par le Comité d'éthique du CHUS dans le cadre de la promotion des droits des usagers, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, 2012.

<sup>98</sup> Bruno AMBROISE. « Réalisme moral, contextualisme et éthique du *care* [...] », p. 305.



## Conclusion

Les personnes impliquées dans une relation de soin se retrouvent souvent dans des rapports hiérarchisés et de domination. Comme nous venons de le voir, le modèle des « *quatre phases du care* » fournit au personnel soignant un cadre de référence qui permet une pratique misant sur l'interaction avec l'autre et non sur une autorité ou une hiérarchie quelconque. Ce processus recourt au libre arbitre des personnes impliquées. La personne soignante, par son souci de l'autre, enclenche un travail de *care* qui s'oriente vers un échange des savoirs. La réponse à un besoin ne s'impose pas par le haut. Lors de la prise en charge d'un besoin, la personne soignante prend en considération les préoccupations, les conditions de vie et les attentes ainsi que les désirs de la personne soignée. La personne qui pourvoit le *care* prend soin de l'autre par des actes et des actions qui découlent d'une « justice véritable ». Cependant, cette pratique implique d'évaluer l'adéquation du *care* dispensé, d'où l'importance de l'étape de « recevoir le soin » pour la personne bénéficiaire du soin. Les « *quatre phases du care* » visent « un acte de *care* intégré »<sup>99</sup>, c'est-à-dire l'accomplissement d'un travail le plus juste pour la personne soignée, quelle qu'elle soit. Pour Tronto, « l'idéal d'une intégration [du processus] sera rarement atteint »<sup>100</sup>, mais le *care* peut néanmoins être proposé dans de bonnes conditions.

---

<sup>99</sup> Joan TRONTO. *Un monde vulnérable* [...], p. 150.

<sup>100</sup> Ibid., p. 153.

## CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons voulu exposer la réalité complexe de la relation de soin asymétrique. Nous entendions mettre en évidence le fait que ce type de relation est susceptible de connaître des dérapages qui risquent d'avoir des impacts majeurs, voire négatifs, sur l'une ou l'autre des personnes qui sont parties prenantes de la relation. Cependant, nous avons pu montrer que la relation de soin asymétrique, lorsqu'elle est soutenue par les attitudes éthiques du *care* et qu'elle est développée selon les « quatre phases du *care* », porte en elle la capacité de s'orienter vers une relation qui se révélera plus juste et plus humaine.

Au chapitre 1, nous avons relevé que l'éthique du *care* cherche à faire reconnaître que le soin compose et façonne à la fois le quotidien de la vie humaine, laquelle ne peut exister ou s'accomplir sans le *cure* et sans le *care*. En fait, le *cure* et le *care* font partie de l'histoire de chacune, chacun. Or, un geste technique ou un acte médical qui ne prend en considération ni les besoins, ni la situation de la personne qui reçoit le soin risque d'aboutir à la mise en place d'une relation injuste, fondée sur le pouvoir, la domination ou la hiérarchie. Il n'en demeure pas moins que la capacité à prendre soin d'autrui demande à être cultivée par la personne soignante qui désire faire un travail qui tient compte de l'hétérogénéité des situations dans les milieux de soins.

Comme professionnelle du milieu de la santé, nous constatons que l'importance du *care* dans la vie d'une personne constitue une zone méconnue, pour ne pas dire ignorée, dans les milieux de soins. Ceci étant dit, un changement de culture reste toujours possible pour ce milieu particulier où le rendement du personnel et le modèle de gestion axée sur la performance sont à l'honneur. L'éthique du *care* consiste essentiellement en une culture de

la relation interpersonnelle dans laquelle la personne et son entourage sont placés au tout premier plan. Aussi, la tenue de rencontres visant l'implantation de l'approche relationnelle du *care* dans les milieux de soins pourrait motiver les personnes soignantes à améliorer leurs relations interpersonnelles et les inciter à avoir entre elles des discussions franches sur la question des relations de soins et à se confier l'une à l'autre à propos de leurs expériences. Il s'agit là d'un défi professionnel majeur.

Le chapitre 2, centré sur la relation de soin asymétrique et ses composantes, fait voir que cette relation tire son origine des situations de vulnérabilité et de la dépendance envers autrui. Ce type de relation risque de conduire vers la mise en place de rapports plus hiérarchisés ou même de rapports de domination. Mais de manière subtile, l'interdépendance dévoile les inégalités de pouvoir, de privilège et d'abaissement des « autres » pour favoriser un environnement dans lequel chacune, chacun trouve sa place. Quoi qu'il en soit, la dépendance cherche un soutien attentif des autres pour recouvrer des capacités altérées par une situation de vulnérabilité. Le caractère ambivalent de la notion de dépendance rend les personnes recevant les soins « vulnérables à la domination »<sup>1</sup> et par conséquent susceptibles de vivre des situations d'abus, de violence et de maltraitance.

La maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité demeure un enjeu dans notre société. La démarche relationnelle de l'éthique du *care* se concrétise dans les relations de soin asymétriques. En fait, l'éthique du *care* présente une démarche d'un paradigme relationnel qui cherche à éradiquer les éléments de domination et de hiérarchie que l'on peut retrouver dans une relation de soin asymétrique et qui peuvent conduire à la maltraitance. À un autre niveau, la « maltraitance institutionnelle » représente une illustration évocatrice d'une relation de soin asymétrique. En réalité, nous considérons que les personnes qui pourvoient le *care* doivent être reconnues pour l'identification et la formulation des conditions spécifiques et du matériel adéquat à la réalisation des activités de soins. Ce qui s'inscrit dans la mission des établissements de santé et des services

---

<sup>1</sup> Marie GARRAU et Alice LE GOFF. *Care, justice et dépendance* [...], p. 149.

sociaux. Le *care* représente une valeur humaine qui donne à nos institutions une allure d'un lieu conçu pour aider la personne à vivre « aussi bien que possible ».

Le chapitre 3 porte sur les quatre éléments éthiques du *care*. L'éthique du *care* telle qu'elle est définie par Tronto suivant une perspective féministe, énonce les attitudes éthiques qu'il convient de privilégier pour bien agir. En fait, les valeurs du *care*, en l'occurrence, « l'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse » servent à justifier le processus d'une relation de soin, plus précisément une relation de *care*.

Nous observons qu'en général, les établissements de santé et de services sociaux adoptent un code d'éthique qui présente une vision de l'éthique des soins qui est partagée par la direction et l'ensemble du personnel. La campagne de sensibilisation menant à l'instauration d'un code d'éthique dans un établissement se réalise notamment par la distribution d'affiches dans tous les départements et par la publication d'un bulletin d'information qui annonce et fait la promotion du code d'éthique. Nous croyons que, selon l'approche de l'éthique du *care*, des rencontres avec les personnes soignantes permettraient de s'assurer que ces dernières se familiarisent avec le texte énonçant les valeurs et les principes qui servent de guides pour les actions du personnel en matière de soin(s).

Le modèle des « quatre phases du *care* » présenté au chapitre 4, fournit aux personnes soignantes un cadre de référence qui leur permet une pratique des relations de soin misant sur l'interaction avec l'autre, et non pas sur une forme quelconque d'autorité ou d'hierarchie. La personne soignante, par son *souci de l'autre*, enclenche un travail de *care* qui s'oriente vers un échange des savoirs. Lors de la *prise en charge* d'un besoin, elle *prend en compte* les préoccupations, les attentes, les désirs et les conditions de vie de la personne soignée. Arrive alors le moment de *prendre soin* qui consiste en des actes, des actions et des gestes visant à maintenir ou préserver la vie. La dernière phase, *recevoir le soin*, implique d'évaluer l'adéquation entre *care* proposé ou dispensé par la personne soignante et le *care* effectivement reçu par la personne bénéficiaire du soin.

Tant les milieux de soins que la société doivent faire en sorte que le travail de *care* et les personnes qui œuvrent dans ce domaine soient reconnus à leur juste valeur. Particulièrement celles et ceux qui œuvrent d'une manière proximale avec les personnes soignées mais qui se retrouvent marginalisé(e)-s par la structure et le fonctionnement hiérarchiques caractérisant les milieux de soins. Dans une éthique du *care*, la reconnaissance de ces personnes demeure un élément incontournable dans la description du travail du *care*. La pratique de la relation de *care* laisse voir l'importance de prendre en considération et de comprendre l'activité du soin, qui demeure souvent invisible et peu attractive. Le *care* correspond aux préoccupations centrales de la vie humaine. Nous notons qu'une nouvelle approche des soins tente d'émerger, plus particulièrement auprès des personnes âgées, celle de la bientraitance. Elle représente, tout comme l'éthique du *care*, un agir dans l'existence quotidienne. Elle cherche le bien-être de la personne et se transmet à travers les liens créés.

## BIBLIOGRAPHIE

- BLONDEAU, Danielle. « Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui », dans GOULET, Olive ; DALLAIRE, Clémence (dirs.). *Soins infirmiers et société*, 1999, Montréal, Gaétan Morin éditeur, p. 101-114.
- BRUGERE, Fabienne ; LE BLANC, Guillaume ; PIRARD, Virginie ; WORMS, Frédéric ; ZACCAQ-REYNERS, Nathalie. « LES NOUVELLES FIGURES DU SOIN », *Esprit* (1940), Issue1, n° 321, janvier 2006, p. 77-156.
- CAILLÉ, Alain ; CHANIAL, Philippe. « L'amour des autres : *care*, compassion et humanitarisme », *Revue du MAUSS*, n° 31, Paris, second semestre 2008, p. 111-183.
- CANASSE, Serge. « Entretiens : Brugère Fabienne », dans BOURDEAU, Vincent et MERRILL, Roberto (dirs.). *Carnets de santé à propos...*, avril 2009, (page consultée le 28 octobre 2010), 4 pages, <http://www.carnetsdesante.fr/Brugere-Fabienne>.
- COLLIERE, Marie-Françoise. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterÉditions, 1982, 391 p.
- DUBOIS, Jean ; MITTERAND, Henri ; DAUZAT, Albert. *Grand dictionnaire étymologique et historique du français*, Paris, Larousse, 2011, 1254 p.
- GARRAU, Marie. *Care et attention*, Coll. « Care Studies », Paris, Presses universitaires de France, 2014, 73 p.
- GARRAU, Marie. « Care (Éthiques et politiques du) », dans BOURDEAU, Vincent et MERRILL, Roberto (dirs.), *DicoPo, Dictionnaire de théorie politique*, 2008, (page consultée les 23 mars 2010 et 24 janvier 2015), 29 pages, <http://www.dicopo.fr/spip.php?article101>.
- GARRAU, Marie et LE GOFF Alice. *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*, Coll. « Philosophies », Paris, Presses Universitaires de France, 2010, 151 p.
- GILLIGAN, Carol. *Une voix différente*, Coll. « Champs Essais », Traduit de l'anglais par KWIATEK, Annick, revue par NUROCK, Vanessa, présenté par LAUGIER, Sandra et PAPERMAN, Patricia, Espagne, Éditions Flammarion, 2008, 284 p.
- GILLIGAN, Carol. *Une si grande différence*, Traduit de l'anglais par KWIATEK, Annick, Paris, Éditions Flammarion, 1986, 269 p.

GILLIGAN, Carol. *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1982, 273 p.

GILLIGAN Carol ; HOCHSCHILD, Arlie et TRONTO, Joan. *Contre l'indifférence des privilégiés. À quoi sert le care*, édité et présenté par PAPERMAN, Patricia et MOLINIER, Pascale, Paris, Éditions Payot et Rivages, 2013, 136 p.

*Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223-1*, CIUSSS-Estrie Chus.  
[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/f7f6e601c73ef53b85256e1a006ba71f/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/\\$FILE/AH-223-1\\_Guide%20\(2013-04\)%20S.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/f7f6e601c73ef53b85256e1a006ba71f/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/$FILE/AH-223-1_Guide%20(2013-04)%20S.pdf)

HESBEEN, Walter. « Le *caring* est-il prendre soin? », *Perspective soignante*, n° 4, avril 1999, p. 30-48.

KOHLBERG, Lawrence. *The psychology of moral development : the nature and validity of moral stages*, New York, Harper and Row, 1984, 729 p.

L'ÉCUYER, René. *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1990, 472 p.

LE GOFF, Alice. *Care et démocratie radicale*, Coll. « Care Studies », Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 68 p.

MALHERBE, Jean-François. *Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essais d'éthique critique II*, Montréal, Éditions Liber, 2003, 125 p.

*Maltraitance.info*. (page consultée le 13 juin 2018),  
[http://www.maltraitance.info/?Les\\_diff%9rents\\_types\\_de\\_maltraitance](http://www.maltraitance.info/?Les_diff%9rents_types_de_maltraitance).

MOLINIER, Pascale. *Le travail du care*, Coll. « Le genre du monde », Paris, Éditions La Dispute, 2013, 221 p.

MOLINIER, Pascale ; LAUGIER, Sandra et PAPERMAN, Patricia. *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Coll. « Petite Bibliothèque Payot », Paris, Éditions Payot, 2010, 298 p.

MUCCHIELLI, Alex (dir.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3<sup>e</sup> édition mise à jour et augmentée, Paris, Éditions Armand Colin, 2009, 303 p.

NUROCK, Vanessa (dir.). *Carol Gilligan et l'éthique du care*, Coll. « Débats philosophiques », Paris, Presses Universitaires de France, 2010, 176 p.

- NUSSBAUM, Martha C. *Women and human development : the capabilities approach*, Coll. « The John Robert Seeley lectures », Cambridge, Cambridge University Press, 2000, 312 p.
- « Ouvertures + Care et rapports sociaux », dans *Mage. Réseau de recherche international et pluridisciplinaire. « Marché du travail et genre »*, (page consultée le 07 mars 2014), une page, <http://recherche.parisdescartes.fr/mage/Rediffusions/Theories-et-pratiques-du-care-juin-2013/Ouvertures-Care-et-rapports-sociaux>.
- PAPERMAN, Patricia. *Care et sentiments*, Coll. « Care Studies », Paris, Presses Universitaires de France (PUF), 2013, 67 p.
- PAPERMAN, Patricia et LAUGIER, Sandra (dirs.). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Coll. « Raisons Pratiques », n° 16, Nouvelle édition augmentée, Paris, Éditions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2011, 393 p.
- PHANEUF, Margot. « Éthique et communication avec les personnes âgées. Choisir la bientraitance », dans *Prendre soin*, mis en ligne en 2008 et révisé en novembre 2012, (page consultée le 20 juillet 2013), 114 pages, <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/12/p1671.ppt>.
- PHILIPS-NOOTENS, Suzanne. « L'utilisateur au cœur de ses droits De la pensée à l'action », Conférence organisée par le Comité d'éthique du CHUS dans le cadre de la promotion des droits des usagers, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, 2012.
- REY Alain ; REY-DEBOVE, Josette ; VERDIER, Fabienne et ROBERT, Paul. *Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Nouvelle édition millésime 2018, Édition des 50 ans, 2017, 2837 p.
- SAILLANT, Francine. « Penser l'humanisme et l'humanisation des soins », dans VONARX, Nicolas ; BUJOLD, Louise ; HAMELIN-BRABANT, Louise (dirs.), *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants*, Coll. « Infirmières, communauté, sociétés » Tome 1, Québec, Presses de l'Université Laval, 2010, p. 123-141.
- SIEFAR Société Internationale pour l'Étude des Femmes dans l'Ancien Régime (page consultée le 18 novembre 2018), <http://siefar.org/>.
- SVANDRA, Philippe. *Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie : sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant*, Coll. « Perspective soignante », Paris, Seli Arslan, 2009, 284 p.
- SVANDRA, Philippe. *Le soignant et la démarche éthique*, Paris, Éditions ESTEM, 2009, 143 p.



- SVANDRA, Philippe. « Nature et formes du soin, pour une approche par l'agir compassionnel », *Éthique & Santé*, 2005/2, France, Éditeur Elsevier Masson, 2005, p. 125-129.
- TRONTO, Joan. *Who Cares? How to reshape a Democratic Politics*, Ithaca: Cornell Selects, as imprint of Cornell University Press, 2015, 58 p.
- TRONTO, Joan. *Le risque ou le care?*, Coll. « Care Studies », Traduit de l'américain par BRUGÈRE, Fabienne, Paris, Presses Universitaires de France, 2012, 50 p.
- TRONTO, Joan. *Un monde vulnérable : pour une politique du care*, Traduction de Maury, H. Paris, Éditions La Découverte, 2009, 239 p.
- TRONTO, Joan C. *Moral boundaries : A political argument for an ethic of care*, New York, Routledge, 1993, 226 p.
- WORMS, Frédéric. *Soin et politique*, Coll. « Questions de soin », Paris, Presses Universitaires de France, 2012, 47 p.
- WORMS, Frédéric. *Le moment du soin À quoi tenons-nous?*, Coll. « Éthique et philosophie morale », Paris, Presses Universitaires de France, 2010, 271 p.